

Vili Varjonen  
Hannele Tanhua  
Martta Forsell  
Riikka Perälä

# Huumetilanne Suomessa 2012

RAPORTTI



**RAPORTTI 75/2012**

Vili Varjonen, Hannele Tanhua, Martta Forsell, Riikka Perälä

# **Huumetilanne Suomessa 2012**



**TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja EMCDDA

ISBN 978-952-245-800-1 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-801-8 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

ISBN:URN 978-952-245-801-8

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-801-8>

Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy  
Tampere, 2012



## Esipuhe

Huumetilanne Suomessa 2012 on kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen huumevuosiraportti. Raportti koostuu kahdesta osasta. Osassa A tarkastellaan viimeisintä kehitystä ja tuoreinta tutkimustietoa pääpainon ollessa vuodessa 2011 ja alkuvuodessa 2012.

Huumetilannetta kuvataan lakien, politiikan, käytön, haittojen sekä hoidon ja muiden interventioiden näkökulmasta. Huumeekysymystä lähestytään niin terveydellisestä, sosiaalisesta kuin rikosoikeudellisesta näkökulmasta.

Osassa B käsitellään huumeita koskevia erityisteemoja, joita tänä vuonna ovat huumeiden käyttäjien laitoshoido ja Helsingin huumetilanne.

Tutkija Riikka Perälä (Helsingin yliopisto) on kirjoittanut luvun 11 huumeiden käyttäjien laitoshoidosta ja erikoissuunnittelija Vili Varjonen (THL) luvun 12 Helsingin huumetilanteesta.

Raportin ovat toimittaneet ja muut luvut kirjoittaneet Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen sijoitetun kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen erikoissuunnittelijat Vili Varjonen, Hannele Tanhua ja Martta Forsell. Tutkijat Sarianna Petrell (KRP) ja Heini Kainulainen (Optula) ovat olleet suureksi avuksi lukujen 9 ja 10 muokkauksessa. Tutkija Marke Jääskeläinen on ollut suureksi avuksi sairaustilastojen raportoinnissa.

Raportin valmistelussa ovat olleet apuna ja sen osia ovat asiantuntevasti kommentoineet useat asiantuntijat (liite 1). Lämpimät kiitokset kaikille raportin tekoon osallistuneille. Raportin ovat hyväksyneet sekä THL:n Tieto-osaston painotuotteiden toimitusneuvosto että kansainvälisen huumausaineysteistyön työryhmä.

Raportti on saatavana sekä suomenkielisenä painotuotteena ja verkkojulkaisuna että englanninkielisenä verkkojulkaisuna.

Huumetilanne Suomessa 2012 on yksi Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) koordinoiman huumetietoverkoston (REITOX) kansallisista vuosiraporteista. Kansalliset raportit noudattavat yhtenäistä rakennetta ja niiden pohjalta tuotetaan EMCDDA:n vuosiraportti Huumeongelma Euroopassa.

Helsingissä, marraskuussa 2012

Vili Varjonen  
erikoissuunnittelija

Hannele Tanhua  
erikoissuunnittelija



## Tiivistelmä

Vili Varjonen, Hannele Tanhua, Martta Forsell, Riikka Perälä. Huumetilanne Suomessa 2012. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 75/2012. 179 sivua. Helsinki 2012. ISSN 1798-0070 (painettu); ISSN 1798-0089 (pdf)

Tähän raporttiin on koottu uusin huumeita käsittelevä suomalainen tutkimus ja keskeisimmät huumetilannetta kuvaavat mittarit.

Yleisesti ottaen huumeaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat ovat pysyneet viime vuosina melko vakaalla tasolla.

Uusimmat tiedot vuodelta 2010 osoittavat kannabiskokeilujen ja kannabiksen kotikasvatuksen lisääntyneen. Eniten käyttöä esiintyi 15–34-vuotiaiden keskuudessa. Noin 17 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista ilmoitti kokeilleensa joskus kannabista, viimeisen vuoden aikana noin 4 prosenttia. Miehet kokeilevat hieman useammin kuin naiset.

Koululaisiin kohdistuneen vuoden 2011 ESPAD -tutkimuksen mukaan 15–16-vuotiaista pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia oli joskus elämänsä aikana kokeillut kannabista. Vuonna 2011 Suomen ESPAD-tutkimuksessa kysyttiin ensimmäisen kerran erikseen hasiksen ja marihuanan käytöstä sekä kannabiksen kotikasvatuksesta. Pojista 7 prosenttia oli käyttänyt hasista ja 10 prosenttia marihuanaa, tytöillä vastaavat luvut olivat 4 prosenttia ja 6 prosenttia. Pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia ilmoitti tuntevansa jonkun, joka on itse kasvattanut kannabista. Nuorten keskuudessa kasvatusta oli kuitenkin hyvin harvinaista: pojista yksi prosentti ilmoitti joskus itse kasvattaneensa kannabista, tytöistä ei yksikään.

Huumehoito on viime vuosina painottunut opiaattien ongelmakäytön ja sekakäytön hoitoon. Opiaatit johtavat useammin vaikeisiin ongelmiin ja hoitoon hakeutumiseen kuin esimerkiksi kannabis. Opiaattiasiakkaiden suhteellisen osuuden kasvaminen ei siis kerro suoraan huumeiden käytön trendeistä Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosittaisen huumehoidon tiedonkeruun mukaan vuonna 2011 opiaatit olivat ensisijainen ongelmapäihde 59 prosentille hoitoyksiköihin hakeutuneista asiakkaista. Yli puolet asiakkaista kertoi käyttäneensä ongelmallisesti vähintään kolmea eri päihdettä. Viime vuosina lähes kaikki opiaattien käyttö Suomessa on ollut synteettisten lääkeopioidien käyttöä. Näistä lääkeopioideista kahta, buprenorfiinia ja metadonia, käytetään sekä päihteenä että vierotus- tai korvaushoitolääkkeenä. Asianmukainen opioidikorvaushoitolääkkeen käyttö tapahtuu lääkärin ohjeiden mukaisesti nielemällä, päihdekäytölle on tyypillistä pistoskäyttö ja muiden päihteen sekakäyttö.

Kannabis oli yleisin hoitoon hakeutumiseen johtanut päihde niille päihdehuollon huumeasiakkaille, joilla ei ollut opiaattien ongelmakäyttöä. Ensisijaisesti kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus korostui voimakkaasti nuorimmissa ikä-

ryhmissä. Alle 20-vuotiailla se oli yleisin hoitoon hakeutumiseen johtanut ongelmapäihde.

Muuntohuumeiden lisääntyminen on näkynyt tullin takavarikkotilastoissa. Kesäkuussa 2011 tuli voimaan huumausainelain muutos, jonka mukaan Suomi voi jatkossa itse luokitella muuntohuumeita huumausaineiksi. Muutoksen myötä EU:n uusien aineiden varoitusjärjestelmään ilmoitettu aine voidaan terveysvaarojen arvioinnin jälkeen määritellä kansallisesti huumausaineeksi. Suomi voi kansallisesti luokitella muuntohuumeiden lisäksi myös lääkeaineita huumausaineeksi, jos ne ovat farmakologisilta ominaisuuksiltaan rinnastettavissa huumausaineiksi.

Elokuussa 2012 hyväksyttiin huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämisen toimenpideohjelma vuosille 2012–2015. Periaatepäätöksen toimenpiteet liittyvät ehkäisevään työhön ja varhaiseen puuttumiseen, huumausainerikollisuuden torjuntaan, huumausaineriippuvuuden hoitoon ja huumeongelman haittojen vähentämiseen, päihdeongelmien hoidon tehostamiseen rikosseuraamusten yhteydessä, EU:n huumausainepolitiikkaan ja kansainväliseen yhteistyöhön, huumeongelmaa koskevaan tiedonkeruuseen ja tutkimukseen ja huumausainepolitiikan koordinaatioon.

**Asiasanat:** huumaavat kipulääkkeet, huumausainerikokset, huumeet, huumehaitat, huumeiden käyttäjät, huumepolitiikka, huumetutkimus, ehkäisevä päihdetyö, julkiset menot, seuraamukset, päihdehaitat, päihdehoito, päihdekulttuuri, päihdekuntoutus, päihdeongelmat, päihdepalvelut, päihdetyö, päihdehuolto

## Sammanfattning

Vili Varjonen, Hannele Tanhua, Martta Forsell, Riikka Perälä. Huumetilanne Suomessa 2012. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. [Narkotikasituationen i Finland 2011. Nationell årsrapport om narkotikaläget till EMCDDA:]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 75/2012. 179 sidor. Helsingfors, Finland 2012. ISSN 1798-0070 (tryckt); ISSN 1798-0089 (pdf)

Denna rapport innefattar den senaste finländska forskningen om narkotika och de viktigaste mätarna som beskriver narkotikasituationen.

Generellt sett har användningen av narkotika liksom narkotikaproblemen hållit sig på en rätt stabil nivå under de senaste åren.

De färskaste uppgifterna från 2010 visar att den experimentella användningen och hemmaodlingen av cannabis har ökat. Användningen var vanligast bland personer på 15–34 år. Cirka 17 procent av finländarna i 15–69 års ålder uppgav att de hade prövat cannabis någon gång och cirka 4 procent att de gjort det under det senaste året. Den experimentella användningen är litet vanligare bland män än bland kvinnor.

Enligt ESPAD-undersökningen om drogvanor hos skolungdomar 2011 hade 12 procent av pojkarna i åldern 15–16 år och 10 procent av flickorna i samma ålder prövat cannabis någon gång i livet. I den finländska ESPAD-undersökningen 2011 frågades för första gången separat om användningen av hasch och marijuana samt om hemmaodlingen av cannabis. Av pojkarna hade 7 procent använt hasch och 10 procent marijuana; motsvarande siffror bland flickor var 4 respektive 6 procent. Av pojkarna uppgav 12 procent och av flickorna 10 procent att de kände någon som själv har odlat cannabis. Odling bland ungdomarna var dock mycket ovanligt: av pojkarna uppgav 1 procent att de själva någon gång hade odlat cannabis och av flickorna inte en endaste.

Under de senaste åren har narkomanvården fokuserat på behandlingen av opiatmissbruk och blandmissbruk. Opiater orsakar svåra problem och sökande av vård oftare än till exempel cannabis. Att den relativa andelen opiatklienter har ökat säger alltså inte direkt något om droganvändningens trender i Finland. Enligt Institutet för hälsa och välfärds årliga insamling av data om narkomanvården utgjorde opiater år 2011 den primära missbruksdrogen hos 59 procent av de klienter som hade sökt sig till vårdenheterna. Över hälften av klienterna uppgav sig ha missbrukat minst tre olika rusmedel. Under de senaste åren har nästan all opiatanvändning bestått av användning av syntetiska opioider för medicinskt bruk. Av dessa opioider används två, buprenorfin och metadon, som såväl rusmedel som avgiftnings- och substitutionsläkemedel. Rätt använt tas substitutionsläkemedel enligt läkarens föreskrifter oralt; missbruk utmärks av injektionsbruk och blandmissbruk.



För de narkomanvårdsklienter som inte missbrukade opiater var cannabis den vanligaste drogen på grund av vilken klienterna sökte vård. Andelen klienter som sökte vård i första hand på grund av cannabis var framträdande stor i de yngsta åldersgrupperna. Hos personer under 20 år var cannabis den vanligaste missbruksdrogen på grund av vilken de sökte vård.

Att designdrogerna har ökat syns i tullens beslagsstatistik. Enligt en ändring av narkotikalagen som trädde i kraft i juni 2011 kan Finland framöver på egen hand klassificera designdroger som narkotika. Med stöd av den reviderade lagen kan ett ämne som anmälts till EU:s system för varning om nya ämnen efter bedömning av hälsoriskerna nationellt klassificeras som narkotika. I och med lagändringen kan Finland nationellt klassificera inte bara designdroger utan också läkemedel som narkotika, om läkemedlen utifrån sina farmakologiska egenskaper kan likställas med narkotika.

I augusti 2012 godkändes ett åtgärdsprogram för en minskning av användningen av narkotika och de skador användningen av narkotika orsakar 2012–2015. Åtgärderna enligt principbeslutet anknyter till förebyggande arbete och tidigt ingripande, bekämpning av narkotikabrottslighet, behandling av narkotikaberoende och minskning av narkotikarelaterade skador, effektivisering av vården av personer med missbruksproblem i samband med brottspåföljder, EU:s narkotikapolitik och internationellt samarbete, informationsinsamling och forskning kring narkotikaproblemet samt samordning av narkotikapolitiken.

### **Ämnesord:**

smärtstillande droger, narkotikabrott, narkotika, narkotikaskador, droganvändare, narkotikapolitik, narkotikaforskning, förebyggande missbruksarbete, offentliga utgifter, konsekvenser, rusmedelsskador, missbrukarvård, rusmedelskultur, missbrukarhabilitering, missbruksproblem, missbrukartjänster, missbruksarbete

## Abstract

Vili Varjonen, Hannele Tanhua, Martta Forsell, Riikka Perälä. Huumetilanne Suomessa 2012. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle [Finland – Drug Situation 2012]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 75/2012. 179 pages. Helsinki, Finland 2012. ISSN 1798-0070 (printed); ISSN 1798-0089 (pdf)

This report is a compilation of the most recent Finnish research on drugs and key indicators of the drug situation in Finland.

Generally, drug use and drug-related problems have remained fairly stable in Finland over the past years.

The most recent data from 2010 show that cannabis experimentation and home growing of cannabis have increased. User percentages were highest in the age group 15 to 34. About 17% of Finns aged 15 to 69 reported that they had tried cannabis at some point in their lives, 4% within the past year. The percentage was slightly higher for men than for women.

According to the 2011 ESPAD survey of school pupils, 12% of boys and 10% of girls aged 15 to 16 had experimented with cannabis at some time in their lives. The 2011 ESPAD survey was the first of its kind in Finland to include separate questions on hashish use, marijuana use and home growing of marijuana. Hashish use was reported by 7% of the boys and marijuana use by 10%, while the figures for girls were 4% and 6%, respectively; 12% of the boys and 10% of the girls reported that they knew someone who had grown cannabis at home. Among the pupils themselves, however, home growing was extremely rare: only 1% of the boys and none of the girls reported having grown cannabis at home at some time.

In recent years, drug-related treatment has focused on the treatment of problem use of opiates and polydrug use. Opiates are far more likely to cause serious problems and lead users to seek treatment than cannabis, for instance. Thus, the fact that the percentage of opiate user clients is increasing does not directly translate into an increase in drug use overall in Finland. According to the collecting of information on drug-related treatment conducted by the National Institute for Health and Welfare each year, opiates were the primary problem drug for 59% of clients seeking treatment at drug treatment units in 2011. More than half of the clients reported that they had a problem use history with at least three intoxicants. In recent years, nearly all of the opiate use recorded in Finland has involved synthetic, pharmaceutical opioids. Two of these, buprenorphine and methadone, are used both as intoxicants and as detoxification or substitution treatment medication. Substitution treatment medication is typically taken under a physician's supervision and orally, while drug use is typically intravenous and involves the use of other drugs too.

Among the drug users seeking treatment who were not opiate problem users, cannabis was the most common drug leading the clients to seek treatment. The per-

centage of cannabis as a primary cause for seeking treatment was considerably elevated in the youngest age groups. In fact, it was the most common problem drug reported as a cause for seeking treatment in the age group of under 20.

The increased use of designer drugs shows in the statistics on seizures by Customs. The amendment to the Narcotics Act that entered into force in June 2011 stipulates that in the future the Finnish government may classify designer drugs as narcotic drugs at its own initiative. Under the new Act, any new substance entered in the EU early warning system may be nationally classified as a narcotic drug after its health hazards have been evaluated. Under the Act as amended, the Finnish government may nationally classify not only designer drugs but also pharmaceuticals as narcotic drugs if their pharmacological properties are equivalent to those of narcotic drugs.

A national action plan to reduce substance abuse and its harmful effects for 2012–2015 was adopted in August 2012. The measures outlined in the Government Resolution concern prevention and early intervention; combating drug-related crime; treatment of drug addiction and reduction of drug-related problems; enhancing substance abuse treatment in connection with penal sanctions; EU drug policy and international cooperation; collecting of information and research on drug-related problems; and drug policy coordination.

**Keywords:**

intoxicant analgesics, narcotics offences, drugs, drug-related harm, drug users, drug-policy, drug research, substance abuse prevention, public expenditure, consequences, harmful effects of substance abuse, substance abuse treatment, substance-abuse culture, substance abuse rehabilitation, substance abuse problems, substance abuse services, substance abuse work, substance abuse services

## Sisällys

Esipuhe .....	3
Tiivistelmä .....	5
Sammanfattning .....	7
Abstract .....	9
 A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET .....	 15
1 Huumausainelainsäädäntö ja -politiikka .....	16
1.1 Huumausainelainsäädäntö .....	16
Vuonna 2011 ja 2012 voimaan tullutta huumausaineita koskevaa lainsäädäntöä .....	16
Huumausaineiden määrittely .....	18
Huumausainelaki .....	18
Ehkäisevää työtä koskeva lainsäädäntö .....	19
Palveluja ja haittojen vähentämistä koskeva lainsäädäntö .....	20
Rikoslaki .....	21
Seuraamuslainsäädäntö .....	22
1.2 Huumausainepolitiikka ja sen koordinaatio .....	22
Huumausainepolitiikan taustaa .....	23
Nykyinen huumausainepolitiikka .....	25
1. Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen .....	25
2. Huumausainerikollisuuden torjunta .....	26
3. Huumausainehaittojen ehkäisy ja hoito .....	26
4. EU:n huumausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö .....	27
5. Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus .....	27
1.3 Huumausainepolitiikkaan vaikuttavat hallituksen ohjelmat ja työryhmät .....	28
1.4 Taloudelliset analyysit .....	30
Julkiset huumehaittakustannukset .....	30
Huumeisiin liittyvät yhteiskunnalliset haittakustannukset .....	33
 2 Huumeiden kokeilu ja käyttö .....	 36
2.1 Huumekokeilut Suomessa .....	36
2.2 Koululaisten huumeiden käyttö .....	42
2.3 Opiskelijoiden huumeidenkäyttö .....	46
 3 Ehkäisevä huumetyö .....	 48
3.1 Yleistä ehkäisevästä päihdetyöstä Suomessa .....	48
3.2 Yleinen ehkäisevä päihdetyö .....	50
Nuorisotyö ja -politiikka .....	50

	Yleinen ehkäisevä päihdetyö koulussa .....	51
3.3	Valikoiva ehkäisevä päihdetyö .....	52
	Järjestöjen ehkäisevä huumeystyö.....	53
3.4	Kohdennettu ehkäisevä päihdetyö .....	54
3.5	Valtakunnalliset ja paikalliset mediakampanjat.....	55
4	Huumeiden ongelmakäyttö .....	56
4.1	Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella.....	56
4.2	Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan .....	58
	Huumehoidon tiedonkeruu .....	60
4.3	Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan.....	62
	Helsinkiiläiset huumeiden ongelmakäyttäjät.....	62
	Huumeiden käyttö liikenteessä .....	64
	Yhteiskunnalliset käsityksen huumeiden ongelmakäytöstä.....	64
	Huumeiden käytön haitat läheisille.....	65
5	Huumehoito.....	67
5.1	Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät .....	68
	Hoitopalvelut .....	68
	Päihdehuollon avohoito .....	68
	Katkaisu- tai vieroitushoito laitoksissa .....	68
	Kuntouttava laitoshoido.....	69
	Päihdehuollon kuntouttavat asuinpalvelut .....	69
	Erikoissairaanhoido huumeasiakkaille .....	69
	Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut .....	69
	Matalan kynnyksen palvelut .....	70
	Hoitomenetelmät.....	70
	Opiaatiiriippuvaisten hoito .....	70
	Hoito muiden huumeiden käyttäjille.....	71
	Hoitopalvelujen järjestäminen .....	71
	Hoitopalvelujen kehitys .....	72
	Päihdehaittojen laitosmuotoinen kontrolli .....	73
	Hoitotutkimus .....	74
5.2	Huumehoidon asiakaskunta .....	76
5.3	Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa.....	78
	Päihdetapauslaskenta .....	79
	Kattavuuskysely.....	81
6	Huumeisiin liittyvät terveyshaitat.....	83
6.1	Huumeisiin liittyvät tartuntataudit .....	83
	Hiv .....	84
	C-hepatiitti .....	85

	B-hepatiitti .....	85
	A-hepatiitti .....	86
	Ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-epidemian kannan seurantatutkimus.....	86
6.2	Huumesairaudet terveydenhuollossa .....	87
	Huumemyrkytykset.....	91
6.3	Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus .....	93
	Pohjoismainen tutkimus vuoden 2007 huumekuolemista Suomen osalta .....	96
	Tutkimus huumeisiin liittyvistä kuolemista.....	97
	Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007 .....	98
7	Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen .....	100
7.1	Huumausaineista johtuvien ensiaputilanteiden ja huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen .....	101
7.2	Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito .....	103
	Tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta Suomessa.....	104
8	Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat ja niiden vähentäminen.....	105
8.1	Sosiaalinen syrjäytyminen ja huumeidenkäyttö.....	105
8.2	Sosiaalinen kuntoutus .....	106
	Asunnottomuus ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma .....	106
	Nuorten yhteiskuntatakuu .....	107
	Kulttuurista lisäarvoa huumeidenkäytön ehkäisyyn .....	108
	Tutkimuksia sosiaalisesta huono-osaisuudesta .....	109
9	Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa .	111
9.1	Huumeisiin liittyvä rikollisuus.....	111
	Huumausainerikokset.....	112
	Huumausainetuomiot .....	114
	Rattijuopumukset .....	115
	Muut huumeisiin liittyvät rikokset.....	116
	Tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta...	117
	Vaihtoehtoiset seuraamukset .....	118
	Hoitoonohjaus ja puhuttelu .....	118
9.2	Huumeiden käyttö vankiloissa .....	121
9.3	Vankilaterveys .....	123
	Vankien terveys .....	124
	Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen hoito vankilassa.....	125
	Palvelujen laatu .....	126
9.4	Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen .....	127
10	Huumemarkkinat.....	129
10.1	Huumeiden saatavuus ja tarjonta .....	130

Maahantuonti ja huumemarkkinat.....	131
Huumelääkkeiden salakuljetus .....	133
Huumevalmistamot.....	134
10.2 Huumausainetakavarikot.....	134
10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu .....	138
<b>B. ERITYISTEEMAT .....</b>	<b>140</b>
11 Huumeidenkäyttäjien laitoshoidon Suomessa .....	141
11.1 Laitoshoidon historiaa ja hoitoa koskevia lakeja ja suosituksia .....	141
1970–1990-luvut .....	142
2000-luku .....	145
11.2 Laitoshoidon taustoittavat lait, asetukset, keskeiset strategiat ja suositukset ....	146
11.2.1 Laitoshoidon rahoitus ja erilaisia rahoittamistapoja .....	147
11.3 Huumeidenhoidon organisointi ja laitoshoidon saatavuus .....	148
11.3.1 Laitoshoidon viimeaikainen kehitys tilastojen valossa: hoitoyksiköiden ja hoitovuorokausien määrä ja hoidetut asiakkaat .....	148
11.3.2 Laitoshoidon muotoja.....	149
Tyypillisiä hoitomuotoja.....	149
Hoitomuotojen ja -palveluiden yhdistelmiä.....	152
Opioidikorvaushoidon laitoshoidossa .....	152
Jälkikuntoutus ja hoitopolut.....	152
11.4 Laitoshoidon laadunvalvonta .....	153
Kansallisia ja paikallisia suosituksia.....	153
Laitoshoidon seuranta ja laadun arviointi .....	155
11.5 Johtopäätökset ja pohdintaa .....	155
12 Huumeiden tilanne Suomessa .....	157
12.1 Kuntien päihdepalvelut .....	157
Kuntien päihdestrategiat .....	157
Suomen suurimpien kaupunkien päihdepalvelut .....	158
12.2 Helsinki .....	159
Huumeiden ongelmakäytön laajuus .....	160
12.3 Helsingin huumeiden tilanne .....	161
Matalan kynnyksen palvelut huumeiden ongelmakäyttäjille.....	163
12.4 Helsingin haasteet .....	164
Liite 1.....	165
Lähteet .....	166
Taulukot ja kuvat.....	179

# A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET



# 1 Huumausainelainsäädäntö ja -politiikka

Huumausainepolitiikan tavoitteena on huumausaineiden käytön ja levittämisen ehkäiseminen siten, että niiden käytöstä ja torjunnasta aiheutuvat taloudelliset, sosiaaliset ja yksilölliset haitat ja kustannukset jäävät mahdollisimman pieniksi. Yhteiskuntapoliittisilla toimilla, kansallisella lainsäädännöllä ja kansainvälisillä sopimuksilla ehkäistään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, vähennetään huumausaineiden aiheuttamia haittoja, pyritään saamaan huumeongelmista kärsivät mahdollisimman varhain hoitoon ja saatetaan laittomaan toimintaan syyllistyneet rikosoikeudelliseen vastuuseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi Suomen huumausainepolitiikkaa, jota eri hallinnonalat yhteistyössä toteuttavat. Ministeriön johtaman huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän tehtävänä on kehittää ja yhteensovittaa valtakunnallista huumausainepolitiikkaa sekä seurata huumausainetilanteen kehitystä. Suomen huumausainepolitiikka perustuu valtioneuvoston periaatepäätökseen huumausainepolitiikasta vuosille 2012–2015 sekä vuonna 1997 hyväksyttyyn huumausainestrategiaan. Suomi noudattaa ja toimeenpanee huumausainepolitiikassaan Yhdistyneiden kansakuntien huumausaineiden vastaisia sopimuksia ja päätöksiä sekä Euroopan unionin huumausainestrategiaa vuosille 2005–2012.

Huumausainepolitiikan toteuttamiseen vaikuttavat merkittävästi sille suunnatut resurssit.

## 1.1 Huumausainelainsäädäntö

### **Vuonna 2011 ja 2012 voimaan tullutta huumausaineita koskevaa lainsäädäntöä**

Kesäkuussa 2011 tuli voimaan huumausainelain (373/2008) muutos, jonka mukaan Suomi voi jatkossa itse luokitella muuntohuumeita huumausaineiksi valtioneuvoston asetuksella. Muutoksen myötä EU:n uusien aineiden varoitusjärjestelmään ilmoitettu aine voidaan terveysvaarojen arvioinnin jälkeen määritellä kansallisesti huumausaineeksi.

Suomi voi kansallisesti luokitella muuntohuumeiden lisäksi myös lääkeaineita huumausaineeksi, jos ne ovat farmakologisilta ominaisuuksiltaan rinnastettavissa huumausaineiksi.

Lakimuutoksen jälkeen lääkeaine tapentadoli luokiteltiin Suomessa huumausaineeksi 1. marraskuuta 2011 asetuksella 1093/2011 Seitsemän muuntohuumetta syn-

teettiset kannabinoidit JWH-018, JWH-073 ja JWH-081, MDPV:n kaltainen mCPP, MDPV:n johdannainen metyloni, keskushermostoa stimuloiva 2-DPMP sekä LSD:n kaltainen Bromo-Dragonfly luokiteltiin huumeiksi 12.3.2012 asetuksella 117/2012. Näiden aineiden luvaton valmistus, tuonti Suomeen, kauppa, hallussapito ja käyttö ovat huumausainelain mukaisesti kiellettyjä.

Nuorisolakiin (72/2006) tehtiin vuonna 2010 muutoksia, jotka sivuavat myös huumeiden käytön ennaltaehkäisyä. Lakiin lisättiin pykälät paikallistason nuorten ohjaus- ja palveluverkostoa koskevasta monialaisesta yhteistyöstä ja etsivästä nuorisotyöstä. Monialaisessa yhteistyössä ovat mukana sekä kunnan että valtion viranomaiset. Etsivän nuorisotyön tehtävänä on tavoittaa tuen tarpeessa oleva nuori ja auttaa hänet sellaisten palvelujen ja muun tuen piiriin, joilla edistetään hänen kasvuun ja itsenäistymistään sekä pääsyään koulutukseen ja työmarkkinoille. Muutokset tulivat voimaan 1.1.2011.

Ammatillista koulutusta koskevaa lakia (630/1998), ammatillista aikuiskoulutusta koskevaa lakia (631/1998), ammattikorkeakoululakia (351/2003), yliopistolakia (558/2009) ja rikosrekisterilakia (779/1993) muutettiin vuoden 2010 aikana siten, että opiskelijaksi ottamisen esteitä tarkistettiin ja mahdollistettiin opiskeluoikeuden peruuttaminen tilanteissa, joissa se on turvallisuusnäkökohtien vuoksi perusteltua. Lakeihin lisättiin muun muassa säännökset opiskelijoiden huumausainetestauksesta. Muutokset tulivat voimaan 1.1.2012 (HE 164/2010). Yliopistolakia (954/2011) muutettiin niin, että sinne lisättiin säännökset opiskelijoiden mahdollisista huumausainetestauksista.

Toukokuun 2011 alussa voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää terveydenhuollon päihdetyön suunnittelemista ja toteuttamista niin, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihde- ja mielenterveys-työn kanssa. Palvelujen yhteensovittamisen tarkoituksena on parantaa huumeongelmaisten mahdollisuutta saada tehoavaa hoitoa, koska huumeongelmiin liittyy usein mielenterveyden häiriöitä ja muita terveysongelmia. Lasten ja nuorten mielenterveyden tarkoituksena on, että riittävän varhain saatu apu lapsuuden ja nuoruusiän tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin ja muihin mielenterveyden häiriöihin vähentää myöhemmän päihdeongelman kehittymisen riskiä.

Vuoden 2011 alusta tuli voimaan nuoren rikoksesta epäillyn tilanteen selvittämisestä annettu laki. (633/2010.) Lain tarkoituksena on kartoittaa nuoren sosiaalista tilannetta ja rikokseen syyllistymiseen vaikuttaneita syitä sekä arvioida rikokseen syyllistymisen riskiä ja edellytyksiä tukea nuorta elämään rikoksetonta elämää.

Sähköisesti valvottavaa valvontarangaistusta koskeva laki (330/2011) tuli voimaan 1.11.2011. Valvontarangaistukseen tuomitun on noudatettava hänelle määrättyä päiväohjelmaa ja liikkumisvapauden rajoituksia. Rangaistukseen voi sisältyä työtä, koulutusta, kuntoutusta tai toimintakykyä parantavaa muuta toimintaa. Tuomittu on velvollinen pysyttelemään asunnossaan aina, kun hänellä ei ole ennalta määriteltäviä perustetta poistua asunnosta. Häneltä edellytetään myös ehdotonta päiheteettömyyttä, jota valvotaan päiheteettömyystein.

Yhdyskuntapalvelusta annettuun lakiin (1055/1996) tehtiin vuoden 2011 alusta muutos yhdyskuntapalveluun tuomittuun velvollisuudesta olla käyttämättä huumausaineita yhdyskuntapalvelun täytäntöönpanon aikana. Epäiltäessä huumausaineen käyttöä tuomittu on velvollinen antamaan virtsa- tai sylkinäytteen, jolloin positiivinen näyte voi johtaa tilanteesta riippuen varoitukseen, ilmoitukseen syyttäjälle tai jopa yhdyskuntapalvelun keskeyttämiseen tai kieltämiseen. Lisäksi yhdyskuntapalvelulaki muuttui vuoden 2011 alusta niin, että yhdyskuntapalvelussa muun kuin työn osuuden mahdollisuus kolminkertaistui. Nyt tuomittu voi osallistua nykyistä laajemmin kuntouttaviin ja elämänhallintaa tukeviin ohjelmiin.

### Huumausaineiden määrittely

Huumausaineita ovat aineet ja valmisteet, jotka luetellaan asetuksessa huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (543/2008). Asetus perustuu YK:n huumausaineyleissopimukseen (SopS 44/1994) ja psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimukseen (SopS 23/1967). Asetuksessa luetellaan myös aineet, joiden valvontaan ottamisesta on päätetty uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskienarvioinnista ja valvonnasta annetun Euroopan unionin neuvoston päätöksen 2005/387/YOS mukaisesti<sup>1</sup> sekä kansallisesti huumausaineeiksi luokitellut aineet.

### Huumausainelaki

Vuoden 2008 syyskuussa voimaan astuneen huumausainelain (373/2008)<sup>2</sup> mukaan huumausaineen tuotanto, valmistus, tuonti, vienti, kuljetus, kauttakuljetus, jakelu, kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö on kielletty. Kiellosta voidaan kuitenkin poiketa lääkinnällisissä, tutkimuksellisissa ja valvonnallisissa tarkoituksissa.

Huumausainelain säädösten rikkomisen seuraamukset jaetaan teon vakavuuden perusteella hallinnollisiin pakkotoimiin, huumausainelakirikkomukseen ja huumausainerikokseen. Hallinnollisia pakkotoimia voivat olla muun muassa toimenpidekiellot tai niiden tehostamiseksi määrätyt uhkasakot. Huumausainelakirikkomuksen mukaan rangaistavat teot ovat esimerkiksi tahalliset, huumausainelain velvollisuuksien laiminlyönnit. Jollei teosta muualla laissa säädetä ankarampaa rangaistusta, huumausainelakirikkomuksesta voidaan tuomita sakkoon. Huumausainerikoksista säädetään erikseen rikoslain (138/1889) 50. luvussa.

Huumausaineita ja huumausaineiden lähtöaineita koskevana lupa- ja valvontaviranomaisena toimii huumausainelain mukaan Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lupa vaaditaan valmistus- sekä tuonti- ja vientilupien lisäksi huumausaineiden käsittelylle, ellei sitä ole laissa erikseen sallittu, kuten esimerkiksi useille terveydenhuollon toimijoille. Asetuksessa huumausaineiden valvonnasta (548/2008) säädetään tarkemmin huumausainelain mukaisesta lupahallinnosta, luvanvaraisesta

<sup>1</sup> 4-MTA, PMMA, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2, 1-bentsyyli-piperatsiini (BZP) ja mefedroni.

<sup>2</sup> Ks. huumausainelain viimeaikaiset muutokset kappaleesta 1.1.

toiminnasta ja sen valvonnasta. Huumausaineiden lähtöaineiden kauppaa ja käsitteilyä säännellään tarkemmin EY-asetuksilla<sup>3</sup>.

### **Ehkäisevää työtä koskeva lainsäädäntö**

Huumausaineiden käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja pyritään ehkäisemään, hoitamaan ja valvomaan myös usean muun lainsäädännön avulla. Raittiustyölaissa (828/1982) säädetään ehkäisevästä päihdetyöstä. Siinä raittiustyön tarkoituksiksi määritellään kansalaisten totuttaminen terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. Yleisten edellytysten luominen raittiustyölle on lain mukaan ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Käytännön raittiustyön tekemisestä vastaavat pääasiassa kunnat sekä raittius- ja kansanterveysjärjestöt. Lain mukaan kunnissa tulee olla toimielin, joka vastaa raittiustyöstä. Toimielimen on tehtävä yhteistyötä erityisesti terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa. Raittiustyöasetus (233/1983) täsmentää, että toimielimen tulee toimia yhteistyössä raittiustyötä ja ehkäisevää päihdetyötä tekevien sekä terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa. Raittiustyölaki ollaan uudistamassa vuoden 2013 aikana. Lain uudistamistyössä tullaan huomioimaan entistä vahvemmin päihdehaittojen ehkäisy paikallisesti.

Lastensuojelulain (417/2007) tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen; Vuoden 2010 maaliskuussa tuli voimaan lastensuojelulain muutos, joka sisältää säännöksen ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisestä. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on tehtävä tilanteissa, joissa on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvittamaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tulee siis tehdä tilanteissa, joissa ilmoittajalla on varmaa tietoa esimerkiksi tulevan äidin tai isän päihdeongelmasta, vakavasta mielenterveyden häiriöstä tai vapausrangaistuksesta. Pelkkä päihteidenkäytön epäily ei riitä ennakkollisen ilmoituksen tekemiseen.

Oppilas- ja opiskelijahuollon keskeiset periaatteet ja opetustoimeen kuuluvat tavoitteet on määritelty eri opetusasteiden opetussuunnitelmien perusteissa. Koululaeissa (477–479/2003) opetuksen ja koulutuksen järjestäjät on veloitettu yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisten kanssa soveltamaan näitä paikallisiin opetussuunnitelmiin muun muassa päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Valtioneuvoston asetuksella neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009)

<sup>3</sup> (EY) N:ot 273/2004 ja 111/2005 sekä niiden muutosasetukset ja toimeenpanoasetus (EY) N:o 1277/2005.

säädetään terveystarkastuksista neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Asetuksen mukaan riittävillä ja säännöllisillä terveystarkastuksilla ja terveysneuvonnalla halutaan tehostaa varhaista tukea ja ehkäistä syrjäytymistä. Terveysneuvonnan tavoitteena on myös päihteidenkäytön ehkäisy psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Asetuksessa säädetään, että neuvoloissa otetaan kouluterveydenhuollon tapaan käyttöön laajat terveystarkastukset, joihin osallistuu koko perhe. Peruskoulun kahdeksaluokkalaisten terveystarkastuksen yhteydessä puolestaan nostetaan esiin mahdollisen päihdeongelman varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus.

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) mahdollistaa huumausainetestien tekemisen työpaikoilla. Testin edellytyksenä on, että työnantajalla on olemassa kirjallinen päihdeohjelma, jonka tulee sisältää työpaikan yleiset tavoitteet ja noudatettavat käytännöt päihteiden käytön ehkäisemiseksi ja päihdeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi. Yksityisyyden suojasta työelämässä annettu laki (759/2004) sääntelee työnantajien oikeuksia ja niiden rajoitteita työntekijöiltä vaadittavien huumausainetestien osalta. Huumevalvonta on perusteltua toimialoilla, joilla on lakiin perustuvia erityissääntöjä. Sääntöjä on esimerkiksi asevelvollisuuslaissa (1438/2007), ilmailulaissa (1194/2009) ja rautatiejärjestelmän liikenneturvallisuustehtävistä annetussa laissa (1664/2009). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeet huumausainetestauksesta työelämässä. (STM 2006).

### **Palveluja ja haittojen vähentämistä koskeva lainsäädäntö**

Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa.

Huumeiden käyttäjien hoitoa säännellään päihdehuoltolaissa (41/1986). Sen mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia.

Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) veloitetaan kunnat järjestämään sosiaalipalvelut, mukaan lukien päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvat palvelut.

Päihdehuoltolaissa (41/1986) ja mielenterveyslaissa (1116/1990) on tällä hetkellä mahdollisuus tahdonvastaiseen hoitoon. Päihdehuoltolain 11 § mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon terveysvaaran perusteella, mutta tätä sovelletaan käytännössä erittäin vähän. Päihdeongelmaisiin käytetään kuitenkin runsaasti tahdosta riippumattomia keinoja mielenterveyslain (1116/1990) perusteella.

Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoja säätelevässä asetuksessa (33/2008) painotetaan, että vain vaativat korvaushoitotapaukset hoidetaan erikoissairaanhoidossa ja että muulta osin hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa. Buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita saa määrätä opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa ainoastaan toimintayksikön palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri.<sup>4</sup> Asetus mahdollistaa buprenorfiinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen toimittamisen myös apteekista potilaan allekirjoittaman apteekkisopimuksen perusteella. *Apteekkisopimuksella* tarkoitetaan sopimusta, jolla potilas sitoutuu siihen, että hän noutaa sopimuksen mukaiset lääkkeet vain yhdestä apteekista ja siihen, että apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa häntä hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekkeille.

Lääkkeen määräämisestä annetun asetuksen muutoksella (490/2008) on tarkennettu ehtoja varsinaisen huumausaineen määräämisestä lääkekäyttöön, tai jos siihen on erityiset hoidolliset perusteet. Tämä koskee myös lääkelain pysyvien lupamääräyskäytännön ulkopuolisten erityislupavalmisteen määräämisestä lääkekäyttöön. Yksi erityislupavalmisteen määräämisen edellytyksistä on, ettei potilaan hoitoon ole käytettävissä muuta hoitoa tai että tällaisella hoidolla ei ole saavutettavissa toivottua tulosta. Erityislupa voidaan myöntää potilaskohtaisesti ja korkeintaan vuodeksi kerrallaan. Asetusmuutoksen perusteella myös kannabispohjaista kipulääkettä voi näin määrätä kipuun tietyissä tapauksissa. Varsinaista myyntilupaa ei kannabispohjaisilla lääkkeillä kuitenkaan ole.

Tartuntatautiasetuksessa (786/1986) edellytetään, että tartuntatautien vastustamistyöstä vastaavan kunnallisen toimielimen tulee huolehtia tartuntatautien vastustamistyöstä mukaan lukien suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonta ja tartuntatautien torjunnan edellyttämän tarpeen mukainen käyttövälineiden vaihtaminen. Lisäksi yleisen rokotusohjelman osana asetuksessa rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonnasta (421/2004) suositellaan maksuttomia hepatiitti A- ja B-rokotuksia ruiskuhuumeiden käyttäjille, heidän seksikumppaneilleen ja samassa taloudessa asuville henkilöille.

## Rikoslaki

Huumausainerikoksista määrätään rikoslain (1889/39) 50. luvussa, jonka muutoksella (1304/1993) huumausainerikokset jaetaan huumausainerikokseen, sen valmisteluun tai sen edistämiseen (maksimirangaistus 2 vuotta vankeutta) sekä törkeään huumausainerikokseen (vankeustuomio 1–10 vuotta). Vuonna 2001 tuli voimaan rikoslain muutos (654/2001), jossa määriteltiin huumausaineen käyttörikos (maksi-

<sup>4</sup> Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle otettavaksi vain toimintayksikön valvonnassa. Jos potilas sitoutuu hoitoon hyvin, hänelle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa (poikkeustapauksissa 15) vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä.

mirangaistus puoli vuotta vankeutta). Vuonna 2006 myös huumausainerikoksen valmistelun tai edistämisen yritys määriteltiin rangaistavaksi (928/2006).

Rikoslain mukaan huumausaineen käyttörikos on mahdollista käsitellä rangaistusmääräysmenettelyssä (692/1993). Menettelyä käytetään tapauksissa, joissa voidaan määrätä sakko tai enintään kuusi kuukautta vankeutta. Rangaistusvaatimuksen antaa poliisimies, tullimies tai muu laissa säädettyä valvontaa suorittava virkamies omasta aloitteestaan tai syyttäjän puolesta. Rikoslain muutoksella (578/2008) päätettiin, ettei rangaistusmääräysmenettelyssä annettua sakkorangaistusta muunneta vankeudeksi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että poliisin tai syyttäjän rangaistusvaatimusmenettelyssä antamia sakkoja myöskään huumausaineen käyttörikoksesta ei enää voi muuntaa vankeudeksi. Syyttämättäjäättämisspätös käyttörikoksesta voidaan tehdä, mikäli tekijä hakeutuu hoitoon tai mikäli alle 18-vuotiaalle on järjestetty puhuttelu. (Kainulainen 2009.)<sup>5</sup>

Rikoslain (1889/39) 23. luku koskee liikennejuopumusta. Siinä säädetään myös huumausaineista. Vuodesta 2002 lähtien huumausaineiden tai huumausaineeiksi luokiteltujen lääkeaineiden käytölle ilman reseptiä tieliikenteessä on ollut nollatoleranssi.

Lisäksi laittomien huumeiden valvonnasta säädetään pakkokeinolaissa (450/1987). Siinä esitetään muun muassa ehdot telekuuntelulle, televalvonnalle ja tekniselle tarkkailulle. Poliisilaissa (493/1995) säädetään tarkemmin peitetoiminnan ja valeostojen sekä muiden merkittävien tiedonhankintamenetelmien toteuttamisesta, jotka liittyvät vakavan ja järjestäytyneen rikollisuuden (mm. huumausainerikollisuuden) estämiseen, paljastamiseen ja selvittämiseen.

## Seuraamuslainsäädäntö

Vankeuslaki (686/2005) säätelee huumausaineita koskevaa vankilavalvontaa sekä vankiloissa toteutettavaa ehkäisevää ja hoitavaa huumetyötä. Lain mukaan suljetulla osastolla vankeusvangille on varattava mahdollisuus asua osastolla (sopimusosasto), jolla vangit sitoutuvat päihitteettömyyden valvontaan ja osastolla järjestettävään toimintaan. Vanki, jolla on päihdeongelma, voidaan myös sijoittaa määräajaksi vankilan ulkopuoliseen laitokseen, jossa hän osallistuu päihdehuoltoon tai hänen selviytymismahdollisuuksiaan parantavaan toimintaan, jos vanki ei käytä päihitteitä ja sitoutuu noudattamaan liikkumista koskevia ehtoja.

## 1.2 Huumausainepolitiikka ja sen koordinaatio

Suomen huumausainepolitiikka perustuu yleisiin yhteiskuntapolitiittisiin toimiin, kansalliseen lainsäädäntöön ja kansainvälisiin sopimuksiin, joilla kaikilla ehkäistään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, vähennetään huumausaineiden aiheuttamia

<sup>5</sup> Ks. myös alaluku 9.1 Vaihtoehtoiset seuraamukset.

haittoja sekä pyritään saattamaan huumeongelmista kärsivät mahdollisimman varhain hoitoon sekä laittomaan toimintaan syyllistyneet rikosoikeudelliseen vastuuseen. Huumausainepolitiikan peruslinja ei ole merkittävästi muuttunut viime vuosina. Valvontaa on kuitenkin kiristetty muuntohuumeisiin liittyvän lainsäädännön myötä. Suomi noudattaa ja toimeenpanee huumausainepolitiikassaan Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaineiden vastaisia sopimuksia sekä Euroopan unionin huumausainestrategiaa vuosille 2005–2012. (Valtioneuvosto 2007a.) Huumausaineiden vastaisessa työssä otetaan lisäksi huomioon hallituksen (myös aiempien hallitusten voimassa olevissa) eri ohjelmissa sovittavat toimenpiteet sekä muun muassa sisäisen turvallisuuden ohjelmassa määritellyt keinot.

Huumausainepolitiikan koordinaatiovastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Koordinaatiolla sovitetaan yhteen kansallisia huumausainepolitiikkaan liittyviä toimenpiteitä. Huumepolitiikan koordinaation kannalta tärkein yhteistyöelin on sosiaali- ja terveysministeriön johtama kansallinen huumausainepoliittinen koordinaatio-ryhmä, johon kukin hallinnonala tuo keskusteltavaksi yleistä huumausainepoliittista merkitystä sisältävät valmistelussa olevat asiat. Ryhmässä ovat edustettuina sisäasiainministeriö, Poliisihallitus, oikeusministeriö, Valtakunnansyyttäjänvirasto, valtiovarainministeriö, Tulli, opetus- ja kulttuuriministeriö, Opetushallitus, ulkoasiainministeriö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Koordinaatio-ryhmä käsittelee muun muassa lainsäädäntömuutoksia ja uusia tutkimustuloksia ja tekee aloitteita uusista toimenpiteistä. Koordinaatio-ryhmä raportoi valtioneuvostolle huumausainetilanteesta ja uusista toimenpiteistä säännöllisesti.

### **Huumausainepolitiikan taustaa**

Ensimmäinen kansallinen huumausainestrategia valmistui Suomessa vuonna 1997. Strategian tavoitteena oli pysäyttää huumausaineiden käytön ja huumausainerikollisuuden kasvu. Strategian pohjalta on tehty valtioneuvoston periaatepäätöksiä vuosina 1998, 2000, 2004 ja 2008.

Ensimmäisen kansallisen huumausainekomitean työtä käsittelevän Tuukka Tammen (2007) väitöskirjan mukaan vastakkain komiteassa oli kaksi näkemystä huumeasioiden määrittelystä. Poliisiviranomaiset ajoivat huumeista vapaata yhteiskuntaa ja tiukempaa kontrollia. Sosiaali- ja terveyssektorin sekä oikeuspoliittisten toimijoiden muodostama allianssi kannatti haittojen vähentämisen politiikkaa. Haittojen vähentämisen yleinen tavoite ei perustunut vain huoleen kansanterveydestä. Käsitteen ideologiset juuret johtavat 1960–70-luvuilta lähteneeseen rationaalisen ja humanin kriminaalipolitiikan traditioon, jonka mukaan kriminaali- ja sosiaalipolitiikka tähtää ensisijaisesti sosiaalisten haittojen minimointiin. (Tammi 2007.)

Tutkimuksen mukaan haittojen vähentäminen ei kuitenkaan ole uhannut huumeiden kieltolakipolitiikkaa, vaan on muodostunut sen osaksi. Haittojen vähentämistä on toteutettu perustamalla ruiskujen ja neulojen vaihtopisteitä (huumeiden käyttäjien



terveysneuvontapisteitä) ja laajentamalla opioidikorvaushoitoa. Tämä on merkinnyt erikoistuneiden, lääketieteeseen pohjautuvien palvelujen syntyä ja lääkärikunnan lisääntyntä panosta huumeongelmien hoidossa. Samanaikaisesti huumeiden käytön rikosoikeudellinen kontrolli on tehostunut. Haittojen vähentäminen ei näin ole merkinnyt siirtymää liberaalimpaan huume politiikkaan, eikä se ole heikentänyt perinteistä huumeiden totaali kieltöön perustuvaa politiikkaa. Sen sijaan haittojen vähentäminen yhdistyneenä rankaisevaan kieltolakipolitiikkaan muodostaa Suomessa vallalla olevan kahden raiteen huume poliittisen paradigman. (Tammi 2007.)

Vuonna 2008 hyväksytty Aarne Kinnusen väitöskirjatutkimus<sup>6</sup> arvioi, että sosi-aali- ja terveystieteiden painotuksista huolimatta suomalainen huume politiikka hyödyntää edelleen rikosoikeusjärjestelmää. Suomessa huumerikoksista tuomitaan ankarammin kuin muista rikoksista. Huumeiden käytön kriminalisointi ja sakotus-käytännön kiristyminen osoittavat, että huumeiden käyttöön suhtaudutaan moralisti-semmin ja kielteisemmin kuin muiden päihteiden käyttöön tai muuhun henkilökoh-taiseen riskikäyttäytymiseen. Lisäksi rikoskontrolli kohdistuu huonossa sosioeko-nomisessa asemassa oleviin henkilöihin. (Kinnunen 2008.)

Samantapaiseen johtopäätökseen tuli Heini Kainulainen väitöskirjassaan. Hänen mukaansa viime vuosina rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä<sup>7</sup> on kiinnitet-ty enenevästi huomiota rikoksenteijään, mikä ilmenee erityisesti päihdeongelmai-silla rikoksenteijöillä. Esimerkiksi toimenpiteistä luopuminen on yhä hyvin harvi-nainen seuraamus vaikka sille olisi erityistä tarvetta huumausainerikoksissa. Poliisi on perinteisesti ollut varsin haluton soveltamaan tätä säännöstä, sillä se on pitänyt tärkeänä huumeiden käyttäjien toimintaan puuttumista. Myös syyttäjä oli pitkään tällä linjalla. (Kainulainen 2009.)

Suomalaisessa kriminaalipoliittisessa ajattelussa on perinteisesti pidetty tärkeänä asettaa inhimillisesti tärkeitä ja sosiaalisesti oikeudenmukaisia arvoja etusijalle ja vahvistaa rikoksia ehkäiseviä toimia. Rangaistuksen rooli on nähty toissijaisena.

<sup>6</sup> Tutkimus käsittelee huume markkinoiden ja -rikollisuuden kehitystä 1990-luvun puolivälin jälkeen, huumaus-ainerikoksiin syyllistyneiden rikosuraa ja sosioekonomista asemaa sekä huumausainerikosongelman viran-omaiskontrollilla. Tutkimus perustuu tilastollisiin aineistoihin, poliisityön havainnointiin, viranomaisten ja huume markkinoilla toimivien haastatteluihin sekä viranomaisdokumenteihin. Tutkimuksen mukaan aikaa 1990-luvun puolivälin jälkeen on leimannut sekä huumeiden käytön yleistymisen ja huumeongelmien vakavoit-tuminen että huume kontrollin tiivistyminen. Tänä aikana huumeongelmien ehkäisy nousi viranomaistoiminnan keskiöön ja resurssia huumeiden vastaiseen toimintaan lisättiin. Rikosoikeudellista kontrollia vahvistettiin ja huume torjunta nousi poliisin ja tullin toimintastrategioiden kärkikohteiksi. Huumerikollisuuden ehkäisy ja paljastaminen otettiin osaksi poliisin valvontatoimintaa koko maassa. Tämä näkyi selvänä rikostilastojen kasvuna. (Kinnunen 2008.)

<sup>7</sup> Vuonna 2001 voimaan tullessa huumausaineen käyttörikosuudistuksessa poliisi sai mahdollisuuden sakottaa huumeiden käyttäjiä rangaistusmääräysmenettelyssä, ja samalla korostettiin rangaistukselle vaihtoehtoisten seuraamusten käyttämistä. Alaikäiset on sakottamisen sijasta puhuteltava ja hoidon tarpeessa olevat ongelma-käyttäjät on ohjattava hoitoon. Käytännössä huumausaineen käyttörikosuudistus 2000-luvun alussa johti kui-tenkin huumeiden käyttäjien sakottamisen voimakkaaseen lisääntymiseen rangaistusmääräysmenettelyssä. Koska jälkimmäisessä tapauksessa syyttämättä jättämiselle on vähemmän edellytyksiä, käytäntö johti myös syyttämättä jättämisen vähenemiseen sekä välillisesti seuraamusikäytännön uudelleen kiristymiseen. Huumaus-aineen käyttörikosuudistuksessa tavoiteltu huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon hakeutumisen tehostaminen ei käytännössä ole onnistunut, sillä toimenpiteistä luopuminen hoitoon hakeutuneista on edelleen hyvin harvi-naista. (Kainulainen 2009.) Ks. myös alaluku 9.1 Vaihtoehtoiset seuraamukset.

Huume politiikassa rikosoikeus on kuitenkin säilynyt keskeisenä siitä huolimatta, että haittojen vähentämisen politiikka on saanut jalansijaa ja hyvinvointiyhteiskunta on kyennyt tuottamaan kasvavan määrän hoitopalveluja ongelmakäyttäjille. (Kinnunen 2008.)

## Nykyinen huumausainepolitiikka

Suomeen nimettiin uusi hallitus kesäkuussa 2011. Uudessa hallitusohjelmassa on sitouduttu

- tehostamaan toimia koko väestön sekä erityisesti lasten ja nuorten suojelemiseksi alkoholin, tupakan, huumausaineiden ja rahapeliongelmien aiheuttamilta haitoilta,
- sitouduttiin tekemään toimenpideohjelma huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi,
- arvioimaan huumausainelainsäädännön kehittämistarpeet,
- lisäämään huumausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluja, terveysneuvontaa ja etsivää työtä,
- tehostamaan poliisin tekemää hoitoonohjausta ja
- lisäämään mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon vankeuden aikana

(Valtioneuvosto 2011a.)

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausaineohjelmasta huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen ehkäisemiseksi hyväksyttiin elokuussa 2012. Toimenpideohjelmassa on viisi osa-aluetta: 1) Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen, 2) Huumausainerikollisuuden torjunta, 3) Huumausainehaittojen ehkäisy ja hoito, 4) EU:n huumausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö ja 5) Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus. (STM 2012a.)

### 1. *Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen*

Ehkäisevä päihdetyö kuuluu raittiustyölain (828/1982) mukaan kunnille. Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, nuorisotyössä, kouluissa, oppilaitoksissa, seurakunnissa ja järjestöissä. Hallinnonalojen välinen yhteistyö ja paikallistason viranomaisyhteistyö on oleellista huumehaittojen ehkäisemisessä. Ehkäisevän päihdetyön laatua ja työmenetelmiä kehitetään Terveiden ja hyvinvointin laitoksessa sekä järjestöissä ja kunnissa. Raittiustyölain uudistuksen tavoitteena on varmistaa ehkäisevän päihdetyön asema kunnissa sekä se, että kuntarakenteiden muuttuessa otetaan huomioon myös ehkäisevän päihdetyön asema.

Myös nuorisolaki (72/2006) edellyttää paikallisten viranomaisten monialaisen yhteistyön yleistä suunnittelua ja toimeenpanon kehittämistä. Tätä varten kunnassa on oltava nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, johon kuuluvat opetus-, sosiaali- ja terveys- ja nuorisotoimen sekä työ- ja poliisihallinnon edustajat. Verkosto toimii vuorovaikutuksessa nuorten palveluja tuottavien yhteisöjen kanssa.

Hallituskauden tavoitteena on

- vahvistaa nuorten osallistumista nuorten ehkäisevän päihdetyön päätöksentekoon ja toteutukseen,
- selkeyttää ehkäisevän työn työnjakoa ja rakenteita,
- tukea kouluissa ja oppilas- ja opiskelijahuollossa tehtävää ehkäisevää päihdetyötä,
- tiivistää poliisin ja muiden viranomaistahojen yhteistyötä paikallistasolla,
- puuttua varhain nuorten päihdeongelmaisten rikoksiin ja
- lisätä syyttäjävetoisia alaikäisten ensikertalaisten puhutteluja.

## 2. *Huumausainerikollisuuden torjunta*

Rikostorjunnan tavoitteena on lisätä kiinnijäämisriskiä Suomessa tehdyissä törkeissä ja levittämistyyppisissä huumausainerikoksissa. Tavoitteena on, että rikosvastuu toteutetaan saumattomalla kansainvälisellä yhteistyöllä tekijän koti- tai oleskeluvaltiossa. Huumausaineen maahantuontia torjutaan poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen yhteistyöllä (PTR-yhteistyö) takavarikoimalla huumausaine pääsääntöisesti maan rajoilla, ellei rikollisen toiminnan kokonaisvaltainen selvittäminen edellytä valvottua läpilaskua tai muita vastaavia toimenpiteitä. Huumausaineiden ja huumausaineeksi luokiteltujen lääkeaineiden katutason levityksen valvonta on osa poliisin perustointia. On tärkeää myös paljastaa huumausaineisiin liittyvää oheisrikollisuutta kuten rahanpesua ja saada pois rikoksen tuottamaa hyötyä.

Hallituskauden tavoitteena on

- tehostaa tietojohdoista huumausainerikostorjuntaa (intelligence led law enforcement) lainvalvontaviranomaisten kesken,
- torjua huumausainerikollisuutta verkossa,
- selvittää mahdollisuutta tarkistaa huumausainelainsäädäntöä muuntohuumeisiin liittyvien haittojen ehkäisemiseksi,
- lisätä laboratorioviranomaisten yhteistyötä muuntohuumeisiin liittyvien haittojen ehkäisemiseksi.

## 3. *Huumausainehaittojen ehkäisy ja hoito*

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjälle, hänen perheelleen ja muille läheisille. Palveluja on annettava asiakkaan avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. On olemassa vankkaa näyttöä siitä, että huumeongelman hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoidotta jättäminen. Huumeongelman käsittelyä palvelujärjestelmässä voi haitata se, että huumeiden käyttö on rangaistavaa eikä ongelmasta uskalleta kertoa palvelujärjestelmässä, vaikka siitä kysyttäisiinkin.

Päihdeongelmasta toipuminen on pitkäaikainen prosessi, jossa voidaan eri vaiheissa tarvita erilaisia hoito- ja tukimuotoja, ja päihdepalvelujen monimuotoisuus olisi tärkeää säilyttää. Hallitusohjelman tavoitteena on huumausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluiden, terveysneuvonnan ja etsivän työn lisääminen. Hoi-

don kynnystä on siis edelleen madallettava ja hoitoon hakeutumisen esteitä poistettava. Palveluiden kehittämisessä ja tarjoamisessa on tärkeä tiivistää myös kuntien, järjestöjen ja seurakuntien päihdetyön yhteistyötä.

Hallituskauden tavoitteena on

- varmistaa huumausaineiden käyttäjien terveysneuvontatyön kattavuus ja laatu,
- selvittää huumehoitojärjestelmän tilanne kattavien palveluiden parantamiseksi,
- tehostaa poliisin tekemää hoitoonohjausta,
- vahvistaa viranomaisten, hoitopalveluiden ja vertaistyön välistä tiedonkulkua,
- ehkäistä reseptilääkkeiden väärinkäyttöä ja
- lisätä mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon rangaistuksen täytäntöönpanon aikana.

#### 4. EU:n huumausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö

Suomi osallistuu Suomen toimintalinja kansainvälisessä huumausainetorjunnassa -periaatepäätöksen mukaisesti aktiivisesti EU:n tulevan huumausainestrategian ja toimenpideohjelman suunnitteluun ja toteuttamiseen ja kansainväliseen huumausaineiden vastaiseen yhteistyöhön Yhdistyneiden kansakuntien, Euroopan neuvoston, Itämeren alueellisen yhteistyön ja Pohjoismaiden ministerineuvoston huumausainepoliittisilla foorumeilla sekä muissa vakiintuneissa yhteistyöryhmissä.

Suomi pyrkii purkamaan EU:n ja Euroopan neuvoston toiminnassa mahdollisesti olevia päällekkäisiä rakenteita. Suomi osallistuu huumausaineiden torjuntaan liittyvään työhön myös kehitysyhteistyövaroin.

Suomi tukee YK:n huumausaine- ja rikostoimiston (UNODC) johtavaa asemaa kansainvälisen huumausainetorjunnan suunnittelussa ja toteuttamisessa. Suomi tukee aktiivisesti EU:n pyrkimyksiä vahvistaa EU:n huumausainestrategisia ja toiminnallisia linjauksia YK:ssa sekä muussa kansainvälisessä huumausaineyhteistyössä.

Hallituskauden tavoitteena on

- selkeyttää Suomen toimintaa eri foorumeilla ja
- jatkaa UNODC:n huumeidenvastaisen työn tukemista yleisrahoituksella sekä temaattisella rahoituksella.

#### 5. Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus

Suomessa kehitetään huumeiden käyttöön, huumemarkkinoihin, huumeidenkäyttäjien hoitoon ja huumeongelmien torjuntakeinoihin liittyvää tutkimusta ja tutkijakoulutusta, edistetään suomalaistutkijoiden kansainvälistä yhteistyötä ja seurataan säännöllisesti kansalaisten huumausaineisiin, niiden käyttöön ja haittoihin liittyviä mielenpitoja. Kansallista tietoa tuotetaan myös EU:n ja YK:n tiedonkeruujärjestelmiin. Huumetutkimusta tekevät muun muassa Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos ja yliopistot.

Hallituskauden tavoitteena on

- vahvistaa alan tutkimustoimintaa ja
- kehittää huumausainepolitiikan arviointia päätöksenteon tukena

### 1.3 Huumausainepolitiikkaan vaikuttavat hallituksen ohjelmat ja työryhmät

Köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen on yksi vuosien 2011–2015 hallitusohjelman kolmesta painopistealueesta. Hallituksen poikkihallinnollinen syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä toimenpideohjelma pyrkii luomaan pysyvän toimintamallin, jolla hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen otetaan osaksi kaikkea yhteiskunnallista päätöksentekoa. Ohjelmaan kuuluu eri hallinnonalojen kärkihankkeita joilla pyritään vahvistamaan osallisuutta. (STM 2012b).

Yleisen hyvinvointipolitiikan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laaja-alainen kehittäminen jatkuu edelleen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) jatkuu toista nelivuotiskautta. (STM 2012c.) Ohjelma jatkaa perusterveydenhuollon, sosiaalityön, ensihoidon sekä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen keskittyvä kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli 2009–2015 (STM 2009b) korostaa ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista sekä painopisteen siirtämistä palveluissa perus- ja avopalveluihin. Suunnitelman mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten on saatava palveluja joustavasti yhden oven kautta ja yhdenvertaisesti muiden kanssa. Mahdollisten toimintauudistusten toteuttamiseksi THL julkaisi lisäksi oppaan mielenterveys- ja päihdetyön strategiseksi suunnitteluksi kunnissa tai aluetasolla. (Laitila ym. 2009).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanosta vastaavat STM ja THL. THL julkaisi vuonna 2010 kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa, sen vastaanottoa<sup>8</sup> sekä siihen liittyvää toimeenpanosuunnitelmaa koskevan raportin. (Partanen ym. 2010.)

Erityisesti kokemusasiantuntijuus ja vertaistyö, tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön uusiminen ja uudet keinot pakkohoidon vähentämiseksi ja matalakynnyksiset peruspalvelut ovat keskeisiä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen vaikuttavia linjauksia. Kehittämistyön kenttä ulottuu julkisen palvelujärjestelmän lisäksi vahvasti myös kolmannelle sektorille. Sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi yhteistyössä mukana ovat myös tahot, kuten opetus-, kulttuuri- ja muu vapaaajantoiminta, elinkeinoelämä sekä asuin- ja elinympäristöjen rakentamisesta vastaavat tahot. (STM 2009b).

Kansallisten terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008–2011 (STM 2008b) määriteltiin käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähen-

<sup>8</sup> Muun muassa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollolle, järjestökentälle, oppilaitoksille jne. suunnatussa avoimessa internetkyselyssä tärkeäksi nähtiin erityisesti avo- ja peruspalveluiden kehittäminen sekä asiakkaan aseman vahvistaminen. Kritiikkiä tuli erityisesti sosiaalityön vähäisestä näkymisestä suunnitelmassa. Lisäksi vastauksissa näkyi huolestuneisuutta siitä, nouseeko päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn kynnyksessä nykytilaan verrattuna. Eniten epävarmuutta liittyi esitykseen psykiatrisen sairaalahoidon siirtämiseen yleissairaaloiden yhteyteen.

tämiselle. Ohjelma kiinnitti huomiota myös joihinkin erityisryhmiin, kuten päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviin perheisiin. Ohjelmaan liittyen THL on avannut Kaventaja-verkkopalvelun<sup>9</sup>, joka tarjoaa tietoa hyvinvointi- ja terveyseroista, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä keinoja erojen kaventamiseksi. THL ja TTL ovat myös mukana yhteistyöhankkeessa (Teroka)<sup>10</sup>, jossa kehitetään toimintatapoja ja kootaan tietopohjaa terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi.

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman 2007–2011 (Valtioneuvosto 2007c) tavoitteena oli kehittää lapsiperheitä paremmin tukeva palvelujärjestelmä. Yhtenä painopisteenä olivat lapsille ja nuorille suunnatut tukipalvelut etenkin kun perheessä esiintyy väkivaltaa, mielenterveys- tai päihdeongelmia. Poliitiikkaohjelman loppuraportti ilmestyi vuonna 2011. Siinä arvioitiin muun muassa, että lainsäädäntöä on kehitetty, nuorten syrjäytymistä on ennaltaehkäisty ja perheiden matalan kynnyksen palveluita on lisätty. (Valtioneuvosto 2011b.)

Nuorisopolitiikan kehittämisohjelma laaditaan nuorisolain (72/2006) mukaan joka neljäs vuosi. Ensimmäisessä lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelmassa vuosille 2007–2011 (OKM 2007) todettiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen sukupolvelta toiselle on yksi vahvimista syrjäytymisen poluista. Ohjelma korosti, että lastensuojelun, päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden yhteistyötä tulee kehittää tavoitteena pystyä ottamaan huomioon aikuispalveluja tarvitsevien vanhempien lastensuojelun ja kuntoutuksen tarpeet. Myös rikosoikeudessa nuorisorangaistukseen voitaisiin sisällyttää mielenterveys- tai päihdehoitoa. (Nuorisosiain neuvottelukunta 2011). Lakisääteinen vuosien 2012–2015 ohjelma valmistui joulukuussa 2011 ja se sisältää myös tavoitteita nuorten päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn. (OKM 2012).

Sisäisen turvallisuuden ohjelma on hallituksen poikkihallinnollinen ohjelma, joka sisältää eri hallinnonalojen toimenpiteet turvallisuuden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Aiemmat periaatepäätökset ohjelmasta on tehty vuosina 2004 ja 2008. Vuoden 2008 sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpanosta on raportoitu vuosittain väliraporteissa (SM 2009, SM 2010 ja SM 2011a). Vuosiksi 2012–2015 tehty ohjelma on kolmas poikkihallinnollinen ohjelma. Tavoitteena on muun muassa parantaa syrjäytymistä, koska se aiheuttaa turvallisuushukia. Syrjäytymiseen liittyy yleensä päihteiden ongelmakäyttöä ja ohjelman tavoitteena on torjua alkoholi- ja muita päihdesidonnaisia turvallisuushukia. (SM 2012.)

Sisäasiainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä valmisti selvityksen päihtyneiden kiinniottamisesta, kuljettamisesta, kohtelusta ja hoidosta. Työryhmän johtopäätös oli, että poliisin osuutta päihtyneiden kiinniotoissa, kuljettamisessa ja säilöönotoissa on perusteltua vähentää ja vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden roolia. Selviämishoitoasemat tulisi sijoittaa joko terveydenhuol-

<sup>9</sup> THL:n Kaventaja-palvelu [http://kaventaja.thl.fi/fi\\_FI/web/kaventaja-fi](http://kaventaja.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi)

<sup>10</sup> THL:n ja TTL:n: Teroka-hanke <http://www.teroka.fi/teroka/>

lon päivystyspalveluiden tai päihdehuollon palveluiden yhteyteen tai poliisin säilytysuojan välittömään läheisyyteen. Keskeisinä kehittämisehdotuksina painotettiin ehkäisevän päihdetyön sekä asunnottomien palveluiden kehittämistä päihdyneiden säilöönottotarpeen vähentämiseksi, yksityisen turva-alan roolin selkiyttämistä päihdyneisiin liittyvissä tehtävissä, uusien toimintamallien kokeiluja sekä toimijoiden välisen tiedonvaihdon ja tilastoinnin kehittämistä. Kehittämistyössä tulisi huomioida alueelliset erityispiirteet ja erityisesti harvaan asuttujen alueiden pitkät etäisyydet. (SM 2011b.)

## 1.4 Taloudelliset analyysit

### Julkiset huumehaittakustannukset

Valtiolle aiheutuneet huumehaittakustannukset lasketaan Suomessa vakiintunutta laskentakehikkoa käyttäen (Salomaa 1996; Hein & Salomaa 1998). Laskentakehikkoa on päivitetty vuosien 2011 ja 2012 aikana, ja tässä kappaleessa julkaistaan päivitetyllä laskentakehikolla lasketut päihdehaittakustannukset. Haittakustannukset julkaistaan vuosittain THL:n Päihdetilastollisessa vuosikirjassa. Tässä raportissa esitetyt valtiolle aiheutuneet kustannukset vastaavat Päihdehaittakustannukset 2010 - raportissa esitetyjä kustannuksia.

Vuonna 2010 huumeet aiheuttivat valtiolle<sup>11</sup> noin 229 miljoonan euron haittakustannukset, mikä oli noin 0,2 prosenttia bruttokansantuotteesta. Julkiset huumehaittakustannukset ovat kasvaneet reaalisesti vuosien 2006–2010 aikana keskimäärin kahdeksan prosenttia. Etenkin sosiaalihuollon huumehaittakustannukset ovat kasvaneet (22 %). Sen sijaan ehkäisevään huumetyöhön kohdistetut avustukset ovat vähentyneet 23 prosenttia. Huumehaittakustannukset muodostuvat pääosin haittojen hoitamisesta ja korjaamisesta. Huumehaittakustannusten rakenne painottuu yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon. (Jääskeläinen 2012.)

Julkisista huumehaittakustannuksista suurin erä (30 %) oli järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon haittakustannukset, jotka olivat noin 77 miljoonaa euroa. Seuraavaksi eniten (23 %) haittakustannuksia aiheutui huume-ehtoisista oikeuslaitoksen ja vankiloiden kustannuksista, jotka olivat 58–60 miljoonaa euroa. Sosiaalihuollon huumehaittakustannusten osuus oli kolmanneksi suurin (23 %), ja ne olivat 43–61 miljoonaa euroa. Suurin osa kustannuksista aiheutui lastensuojelun kustannuksista (noin 31 miljoonaa euroa). (Jääskeläinen 2012.)

Terveystenhuollon huumehaittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon avo- ja vuodeosastohoidon kustannuksia, jotka olivat yhteensä 28–48 miljoonaa euroa vuonna 2010. Huume-ehtoisista eläkkeistä ja sairauspäivärahoista aiheutui 7–21 miljoonan euron haittakustannukset. Ehkäisevä päihdetyö

<sup>11</sup> Aineistona on käytetty ministeriöiden ja valtion virastojen sekä laitosten budjetti- ja tilinpäätöskertomuksia laskentavuodelta.

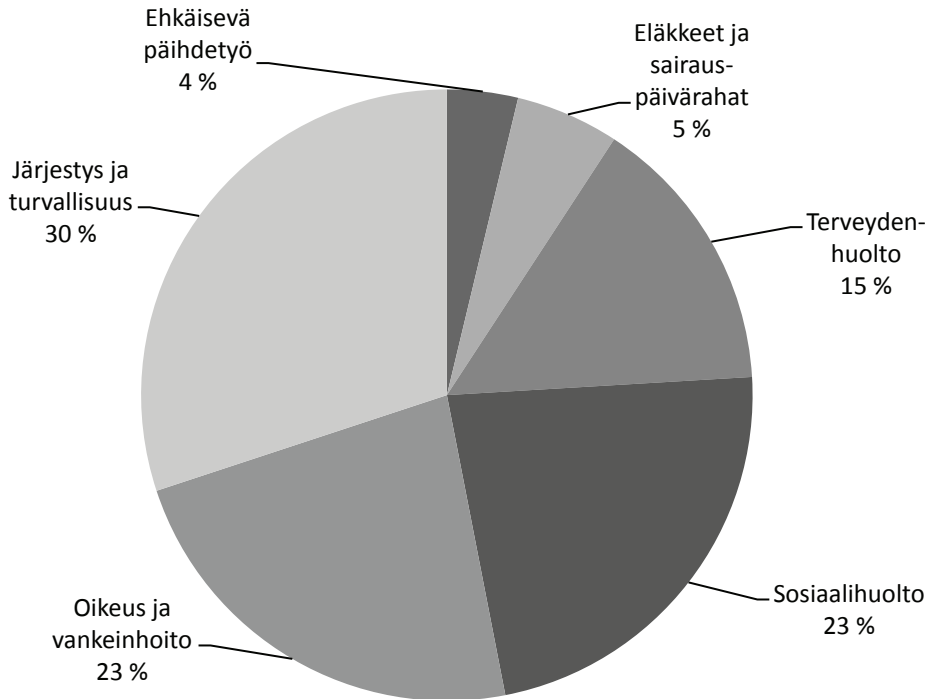
käsittää Raha-automaattiyhdistyksen ehkäisevään huumetyöhön kohdistamat avustukset. Ehkäisevää päihdetyötä voidaan tehdä muun muassa kunnissa budjettivaroin, mutta näiden kustannusten huomioimiseen haittakustannuslaskennassa ei ole keinoa. Ehkäisevään huumetyöhön kohdistetut avustukset olivat 4 prosenttia julkisista huumehaittakustannuksista ja ne ovat vähentyneet reaalisesti 23 prosenttia vuosien 2006–2010 aikana. Suurimmaksi osaksi nämä kustannukset koostuivat huumeutkimukseen ja päihdetyöhön suunnatuista varoista. (Jääskeläinen 2012.)



**Taulukko 1. Huumehaittakustannukset pää- ja alaryhmittäin 2010, miljoonaa euroa.**

	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Muutos ed. vuoteen, %
<b>VÄLITTÖMÄT KUSTANNUKSET</b>	<b>324,7</b>	<b>380,1</b>	<b>352,4</b>	<b>0,5</b>
<b>Terveystenhoitokustannukset</b>	<b>27,7</b>	<b>48,2</b>	<b>38,0</b>	<b>-1,1</b>
Erikoissairaanhoito	24,0	37,5	30,7	-2,4
<i>*Somaattinen erikoissairaanhoito</i>	10,9	13,7	12,3	-4,8
<i>*Psykiatrinen erikoissairaanhoito</i>	13,1	23,8	18,4	-0,7
Perusterveydenhuolto	3,6	10,7	7,2	5,2
<b>Eläkkeet ja sairauspäivärahat</b>	<b>6,8</b>	<b>21,0</b>	<b>13,9</b>	<b>1,4</b>
Työkyvyttömyyseläkkeet	3,0	16,9	9,9	4,1
Sairauspäivärahat	0,8	1,3	1,1	-5,5
Perhe-eläkkeet	3,0	3,0	3,0	-2,1
<b>Sosiaalihuollon kustannukset</b>	<b>49,4</b>	<b>67,9</b>	<b>58,6</b>	<b>2,0</b>
Päihdehuolto	15,8	32,8	24,3	-0,1
Toimeentulotuki	2,0	3,4	2,7	3,6
Lastensuojelu	31,3	31,3	31,3	3,7
Kotipalvelut	0,3	0,4	0,3	4,0
<b>Järjestys ja turvallisuus</b>	<b>77,0</b>	<b>77,0</b>	<b>77,0</b>	<b>5,7</b>
Poliisi	44,0	44,0	44,0	16,1
Pelastustoimi	22,2	22,2	22,2	-4,8
Tulli	10,8	10,8	10,8	-7,0
Rajavartiolaitos	-	-	-	-
<b>Oikeusjärjestelmä ja vankeinhoito</b>	<b>57,9</b>	<b>59,9</b>	<b>58,9</b>	<b>1,7</b>
Oikeusasteet, syyttävä, oikeusapu ja ulosotto	12,2	14,2	13,2	14,9
Vankeinhoito	45,3	45,3	45,3	-1,8
Muut	0,4	0,5	0,4	30,9
<b>Onnettomuus- ja rikosvahingot</b>	<b>96,4</b>	<b>96,4</b>	<b>96,4</b>	<b>-2,7</b>
<b>Muut kustannukset</b>				
Ennaltaehkäisevä päihdetyö	9,6	9,6	9,6	-13,6

\*) Luokittelut on tehty COFOG (Classification of the Functions of Government) luokittelujen mukaisesti.



**Kuvio 1. Julkisten huume-ehtoisten haittakustannusten rakenne 2010.**

Lähde: Päihdehaittakustannukset 2010, THL

### Huumeisiin liittyvät yhteiskunnalliset haittakustannukset

Vuonna 2010 huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheutti noin 229–284 miljoonan euron yhteiskunnalliset haittakustannukset (Taulukko 2). Yhteiskunnalliset haittakustannukset sisältävät julkisen sektorin ohella myös yrityksille ja kotitalouksille aiheutuneita kustannuksia. Yhteiskunnallisiin huumehaittakustannuksiin lasketaan huume-ehtoisten tapaturmien, tulipalojen ja liikenneonnettomuuksien vuoksi maksettuja vakuutuskorvauksia sekä rikosten aiheuttamien vahinkojen kustannuksia. Kaiken kaikkiaan huume-ehtoisten onnettomuuksien ja rikosten aiheuttamien vahinkojen haittakustannukset olivat 96 miljoonaa euroa vuonna 2010. Vuosien 2006 ja 2010 välillä huumehaittakustannukset ovat vähentyneet reaalisesti keskimäärin yhdeksän prosenttia. Tämä johtuu pääasiassa onnettomuuksien perusteella maksettujen vakuutuskorvausten vähenemisestä. (Jääskeläinen 2012.)

Huumehaittakustannusten suhde bruttokansantuotteeseen oli noin 0,2 prosenttia vuonna 2010, mikä oli 0,1 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 2009. Bruttokansantulosuhteen lasku johtuu siitä, että huumehaittakustannukset pysyivät lähes ennallaan edelliseen vuoteen mutta bruttokansantuote kasvoi. Huumeiden käytön aiheuttamien haittakustannusten osuus valtion ja kuntien maksamista järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksista oli 2,8 prosenttia. (Jääskeläinen 2012.)

**Taulukko 2. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2006–2010 (käyvin hinnoin), miljoonaa euroa.**

	Min			Max			Min			Max			Min			Max			Min	Max
	Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max		Min	Max			
2006	24	41	6	19	37	52	67	67	51	52	12	12	98	98	295	341				
2007	25	43	7	20	41	56	69	69	54	56	13	13	95	95	303	352				
2008	28	48	7	19	45	62	73	73	57	59	11	11	96	96	317	368				
2009	28	48	7	20	48	67	73	73	57	59	11	11	99	99	324	377				
2010	28	48	7	21	49	68	77	77	58	60	10	10	96	96	325	380				

Lähde: Päihdehaittakustannukset 2010, THL.

## 2 Huumeiden kokeilu ja käyttö

Suomessa huumetrendit ovat seuranneet kansainvälisiä virtauksia. Maassamme on kansainväliseen tapaan ilmennyt kaksi suurempaa huumeaaltoa, ensimmäinen 1960-luvulla ja viimeisin 1990-luvulla.

Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntyminen 1990-luvulla oli 1960-luvun tapaan nuoriso- ja sukupolvi-ilmiö. Teknokulttuuri levisi 1980-luvun lopussa pienenä underground-liikkeenä myös Suomeen. Ilmiö alkoi yleistyä vasta 1990-luvun puolivälissä erityisesti nuorten (15–34-vuotiaiden) aikuisten keskuudessa. Ilmiö monimuotoistui 1990-luvun loppupuolella eikä enää rajautunut kaupunkilaisnuorten marginaaliseksi juhlimismuodoksi. Tutkimusten mukaan 1990-luvulla huumekekeilujen nousutrendi lähti voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa. Naisilla kasvuvauhti kiihtyi vasta vuosikymmenen puolen välin jälkeen. Huumeita kokeilleiden osuus kasvoi 1990-luvun loppuun asti, minkä jälkeen kasvukäyrässä näkyy selvä tasoittuminen. Nykyisin huumeiden käyttö on entistä enemmän osa nuorten arkipäivää ja sillä on huomattavasti aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten juhlintatavoissa että myös päihteiden ongelmakäytössä.

Huumekekeilut ja huumeiden käyttötaso ovat huomattavasti korkeammalla tasolla kuin 1990-luvun alussa. Ilmiötä selittää osittain 1990-luvulla ja sen jälkeen huumekekeilunsa aloittaneen nuorisosukupolven osuuden kasvu huumekekeiluja mittaavien väestökyselyjen otosjoukossa, samalla kun joukosta poistuvat vanhemmat ikäpolvet, joilta huumeiden käyttökokemus kokonaan puuttuu. Uusimmat tiedot osoittavat kekeilujen jälleen lisääntyneen, nyt erityisesti 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Vuoden 2010 tietojen mukaan noin 17 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista ilmoitti kekeilleensa joskus kannabista, viimeisen vuoden aikana noin 4 prosenttia. Miesten osuus kekeilleista oli hieman naisia suurempi. Eniten käyttöä oli 15–34-vuotiaiden ikäluokassa.

### 2.1 Huumekekeilut Suomessa

Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 15–69-vuotiaassa väestössä joskus kannabista kekeilleiden osuus oli 17 prosenttia.<sup>12</sup> Naisista kekeilleita oli 13 prosenttia ja mie-

<sup>12</sup> Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat 15–69-vuotiaat suomalaiset, joista poimittiin 4 250 henkilön otos syksyllä 2010. Perusotokseen valittiin satunnaisotannalla 3 000 henkilö kohdejoukosta ja lisäotokseen 1 250 henkilöä 15–39-vuotiaiden ikäryhmästä. Yliotannalla tahdottiin kohdistaa kyselyä huumeiden käytön kannalta aktiivisimpaan väestön osaan. Tutkittaville tarjottiin mahdollisuus vastata kysymyksiin joko internetissä tai postitse palautettavalla paperilomakkeella. Internetissä vastaaminen tapahtui henkilökohtaisen tunnuksen ja

histä noin 20 prosenttia. Kokeilut painottuvat nuorten 25–34-vuotiaiden aikuisten ikäluokkaan, jossa kokeilijoiden osuus oli 36 prosenttia. Amfetamiineja oli joskus elämänsä aikana kokeillut 2,1, ekstaasia 1,7, kokaiinia 1,5, ja opiaatteja 1,0 prosenttia. Nuorten 25–34-vuotiaiden ikäluokassa vastaajista amfetamiineja oli kokeillut 6,4, ekstaasia 5,9, kokaiinia 4,3, ja opiaatteja vajaa 3 prosenttia. Kyselyyn vastanneista viimeksi kuluneen vuoden aikana kannabista kokeilleita oli 4 prosenttia ja muita aineita kokeilleita selvästi alle 1 prosentti. Viimeisen kuukauden aikana kannabista kokeilleiden osuus oli 1 prosentti. Unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä oli käyttänyt väärin elinaikanaan 6,5 prosenttia, joko ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin, ilman lääkärin määräystä tai lääkärin määräämää suurempina annoksina. Käytön tavallisimpana motiivina mainittiin se, että pystyisi nukkumaan. Ikäluokassa 25–34-vuotiaat lääkkeiden väärinkäyttäjien osuus oli 9,9 prosentti. (Hakkarainen ym. 2011a; Hakkarainen ym. 2011b.)

Kannabista viimeisen vuoden aikana kokeilleiden osuus näyttäisi jonkin verran kasvaneen 2000-luvun ajan. Muutos ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan merkitseviä muutoksia on tapahtunut erityisesti 15–34-vuotiaiden ikäluokan sisällä: vuodesta 2002 vuoteen 2010, 15–24-vuotiaiden kannabista kokeilleiden osuus pysyi lähes samana, kun taas 25–34-vuotiaiden osuus kasvoi nuorempien tasolle. Tämä merkitsi käyttötason lähes kolminkertaistumista 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Näin kannabiksen käytön kytkeytyminen yksinomaan nuorisokulttuuriin näyttäisi heikentyneen, samalla kun 2000-luvun vaihteen huumeiden kokeilijasukupolven kannabiksen käyttötottumukset näyttäisivät muuttuvan yhä pysyvämmäksi ilmiöksi. Huomattava on myös ero huumeiden käytöllä sukupuolten välillä, sillä vielä nuorimmassa ikäryhmässä miesten ja naisten käyttötaso on lähes sama, mutta sen jälkeen miehet irtaantuvat omille lukemilleen. Toisin kuin miehillä, naisilla viimeaikainen käyttö vähenee jyrkästi jo 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. (Hakkarainen ym. 2011b.)

Viimeisen kuukauden aikana kannabista kokeilleita oli 15–34-vuotiaiden joukossa edelleen 3 prosenttia ja 35–44-vuotiaiden joukossa enää prosentti, mikä osoittaa, että kannabiksen pitkäaikainen ja säännöllinen käyttö ei ainakaan vielä ole levinnyt laajemman väestöpohjan ilmiöksi. Poikkeuksen edellisestä muodostavat 2000-luvun vaihteessa huumeita käyttämään aloittaneet miehet, joista peräti 15 prosenttia kertoi käyttäneensä kannabista vuoden sisällä ja viisi prosenttia kuukauden aikana. (Hakkarainen ym. 2011b.)

---

salasanan avulla. Vastausprosentin kohottamiseksi tutkittavia muistutettiin kahdella muistutuslomakkeella. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 2 023 henkilöä (48 %), mikä oli vuodesta 1992 alkaneen tutkimussarjan matalin vastausprosentti. (Hakkarainen ym. 2011b.)

**Taulukko 3. Kannabista kokeilleiden elinikäis- ja vuosiprevalenssit ikäryhmittäin 1992–2010, %.**

		1992	1996	1998	2002	2006	2010
Elinikäisprevalenssi	<b>Kaikki</b>	5	8	10	12	13	17
	15-24	12*	14**	19	25	19	21
	25-34	10	16	19	19	25	36
	33-44	4	8	19	11	16	22
	45-69	1	2	8	4	6	6
Vuosiprevalenssi	<b>Kaikki</b>	1	2	3	3	3	4
	15-24	6*	9**	10	11	9	12
	25-34	2	3	3	4	7	11
	33-44	0	1	0	1	2	1
	45-69	0	0	0	0	1	0
* = 18–24-vuotiaat; ** = 16–24-vuotiaat							

Lähde: Hakkarainen ym. 2011b.

Suomessa alkoholin käyttö ja siihen liittyvät ongelmat ovat perinteisesti olleet huomattavasti yleisempiä kuin huumausaineiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat. Kuitenkin huumausaineiden käyttö on lisääntynyt selvästi viimeisen 15 vuoden aikana. Mutta miten alkoholin käyttö ja huumeiden käyttö kytkeytyvät Suomessa toisiinsa? Tätä kysymystä on arvioitu edellä mainittujen väestökyselyjen vuosien 1998, 2002 ja 2004 aineistoja yhdistämällä. Aineisto jaettiin viiteen osaan: (1) huume kulttuurin ulkopuoliset henkilöt, (2) huumetarjontaa kohdanneet henkilöt, (3) huumeiden kokeilijat, (4) kannabiksen käyttäjät ja (5) useiden eri huumeiden käyttäjät.<sup>13</sup> (Hakkarainen & Metso 2009.)

<sup>13</sup> Luokat määriteltiin seuraavasti: (1) henkilöt, jotka eivät ole kokeilleet ja joille ei ole koskaan tarjottu huumeita, (2) henkilöt joille on tarjottu mutta jotka eivät ole kokeilleet huumeita, (3) henkilöt, jotka ovat joskus kokeilleet huumeita, mutta eivät ole käyttäneet viime vuoden aikana, tai jotka ovat kokeilleet huumetta ensi kerran viime vuoden aikana, (4) henkilöt, jotka ovat käyttäneet kannabista viimeisen 12 kuukauden aikana sekä myös sitä ennen ja jotka ovat kokeilleet elämässään enintään kahta eri huumetta sekä (5) henkilöt, jotka ovat käyttäneet useampaa kuin kahta eri huumetta ja jotka ovat käyttäneet jotain huumetta tai huumeita viimeisen vuoden aikana. Kaikkiaan tutkimuksessa oli mukana tiedot 7 227 henkilöstä. Analyysissa käytettiin logistista regressioanalyysia.

Humalajuominen (vähintään 6 annosta kerralla) ja ravintoloissa käynti oli selvästi yleisintä kannabista sekä useita eri huumeita käyttäneiden keskuudessa ja kaikkein vähäisintä huumetarjontaa kohtaamattomien henkilöiden keskuudessa. Tämä yhteys säilyi selkeänä, vaikka sukupuoli ja ikä vakioitiin. Lääkkeiden päihdekäyttö korostui erityisesti useita eri huumeita käyttäneiden keskuudessa. Tutkimuksen perusteella kytkentä alkoholin kulutuksen, erityisesti humalajuomisen, ja huumeiden käytön välillä näyttäisi olevan selkeä. Usein esitetty hypoteesi siitä, että kannabiksen käyttö korvaisi alkoholinkäyttöä, ei näyttäisi pätevän ainakaan Suomessa, vaan pikemminkin kannabiksen käyttö esiintyy usein runsaan alkoholinkäytön rinnalla. (Hakkarainen & Metso 2009.)

Uudempi ilmiö 2010-luvun lopun suomalaisessa huumeiden käytössä on kannabiksen kotikasvatuksen nopea lisääntyminen. Ilmiö näkyy rikostilastoissa ja sitä on selvitetty myös kyselytutkimuksella.<sup>14</sup> Takavarikkotilastojen perusteella 1990-luvulla vuosittaisten kannabiskasvitakavarikkojen määrä liikkui muutamissa sadoissa sen sijaan 2000-luvulla jo tuhansissa, ja vuonna 2010 yllettiin 15 000 kasviin. Vastaava nopea kasvu näkyy myös vertaamalla vuosien 2008 ja 2010 väestökyselyjen tietoja. Edellisessä hasiksen elinikäisprevalenssi oli suurempi kuin marihuanan (10 % vs. 9 %), kun vuonna 2010 osat olivat jo vaihtuneet (12 % vs. 13 %). Vuosi-prevalenssien osalta marihuana oli ohittanut hasiksen jo vuonna 2008, ja vuoden 2010 kyselyn mukaan vuoden aikana hasista käyttäneitä oli aikuisväestöstä 2 prosenttia ja marihuanaa käyttäneitä 4 prosenttia. Lisäksi 10 prosenttia vastaajista ilmoitti tuntevansa henkilökohtaisesti jonkun kannabiksen kasvattajan, vaikkakin vain prosentilla oli omaa kasvatuskokemusta. Silti voimasuhteiden muutos hasiksen ja marihuanan kokeilujen välillä lienee suurelta osin kannabiksen kotimaisen kasvatuksen seurausta. Viimeisen kuukauden aikana tapahtunutta kasvatusta koskevien kysymysten tuloksia vertaamalla tutkijat arvioivat Suomessa olevan lähes 10 000 kannabiksen aktiivista kotikasvattajaa. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Kyselytutkimuksen perusteella suurin osa (72 %) kotikasvattajista kasvattaa 1–5 kannabiskasvia kerrallaan. Vain runsas kaksi prosenttia vastaajista ilmoitti kasvattaneensa enemmän kuin 20 kasvia kerrallaan. Nettikysely painottui hieman enemmän pienkasvattajiin, sillä poliisin takavarikkotilastojen perusteella 13 prosenttia takavarikoista kohdistui yli 20 kasvin viljelmiin. Kaikkiaan noin viidennes kyselyyn vastanneista oli joutunut tekemisiin poliisin kanssa kannabiksen kasvatuksen vuoksi. Kyselytutkimuksen mukaan kasvattajien tärkeimmät tiedonlähteet ja siemen-/pistokkaiden hankintalähteet olivat internet ja muut kasvattajat – sen sijaan kannabiksen myyjien osuus oli jokseenkin olematon. Enemmän kuin kaksi kolmasosaa

<sup>14</sup> Tutkimusta varten rekrytoitiin aiheeseen liittyvien internetsivustojen avulla haastateltaviksi suomalaisia kannabiksen kotikasvattajia. Haastatteluja tehtiin kaikkiaan 38 vuonna 2008. Haastateltavat muodostuivat 36 miehestä ja 2 naisesta, joista suurin osa (55 %) kuului 25–34-vuotiaiden ikäluokkaan. Lisäksi suomalaisille kannabiksen kotikasvattajille suunnattiin anonyymi internetpohjainen verkkokysely vuonna 2009. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 1 298 vastaajaa, joista 80 % oli kasvattanut kannabista viimeisen vuoden aikana. Tutkimusaineistoa verrattiin vuoden 2008 väestökyselyn tuloksiin ja vuoden 2010 väestökyselyn alustaviin tuloksiin (Hakkarainen ym. 2011b). (Hakkarainen ym. 2011a.)

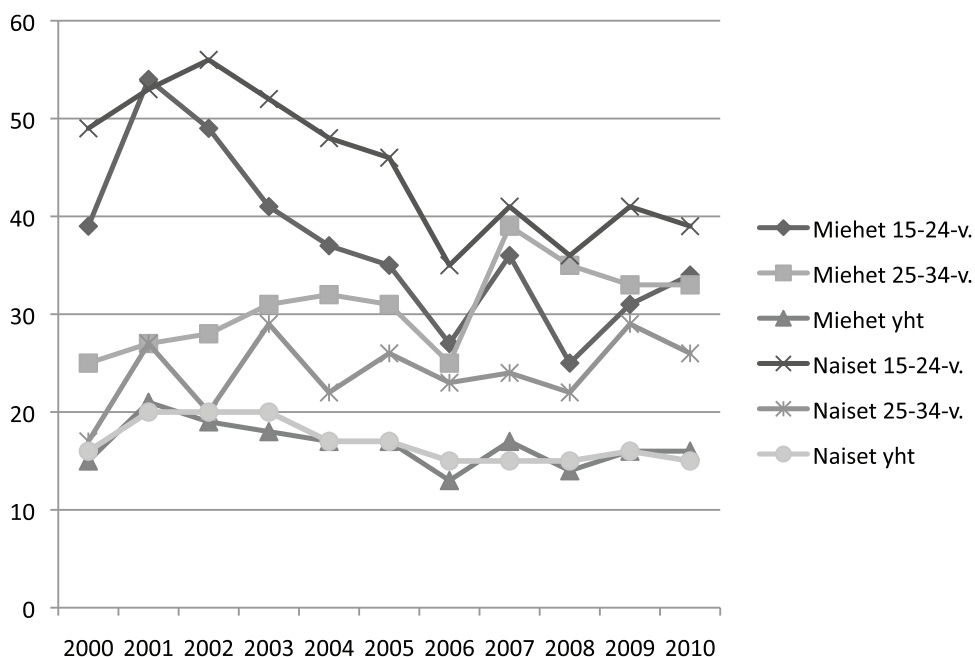


vastaajista kertoi sijoittaneensa viime satoon korkeintaan 100 euroa. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Kannabista kasvattavat nuoret ja nuoret aikuiset miehet, jotka asuvat ikätovereita useammin yksin ja ovat sekä perheen että lasten suhteen vakiintumattomampia. Kasvattajakunnasta noin puolet on päivittäiskäyttäjiä kun osuus väestökyselyissä on yleensä noin 6 prosenttia. Suurkuluttajia (yli gramma päivässä) oli kasvattajista 22 prosenttia. Kasvattamisen keskeisiä syitä olivat oman käyttötarpeen tyydyttäminen, kasvatuksesta saatava nautinto, pyrkimys välttää laittomia huumemarkkinoita sekä myös itse kasvatetun kannabiksen parempi laatu. Sen sijaan myyntitarkoituksia noudattiin vain alle 10 prosentissa tapauksista, vaikkakin noin kolmannes katsoi voivansa tarjota kasvattamaansa kannabista ystävilleen. Alkoholin ja kannabiksen suhde oli kasvattajakunnassa kaksijakoinen: joka kymmenennelle yhteiskäyttö oli rutiinia, kolmannes kertoi yhteiskäytöstä korkeintaan 1–3 kertaa kuukaudessa ja kolmannes ilmoitti, ettei harrasta yhteiskäyttöä juuri koskaan. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Aikuisväestön (15–64-vuotiaat) terveyskäyttäytymistä koskevien (AVTK)<sup>15</sup> kyselyjen tärkein vuosittainen huumetilanteen kehitystä kuvaava mittari on huumeiden kokeilijoita tuttavapiirissään tietävien osuudet eri ikäluokissa. Nämä osuudet kasvoivat 2000-luvun alkupuolelle asti, mutta laskivat sen jälkeen aina 2000-luvun puoleen väliin asti. Selvimpiä muutokset ovat olleet 15–24-vuotiaiden osalta. Koko väestön osalta aleneva trendi on kuitenkin pysähtynyt 2000-luvun loppupuolella noin 15 prosentin tasolle, minkä ovat aiheuttaneet trendien voimakkaat vuosittaiset vaihtelut vuoden 2006 jälkeen etenkin nuorempien ikäluokkien osalta. (Piispa ym. 2008; Helakorpi ym. 2011)

<sup>15</sup> AVTK-tutkimusten aineistot on kerätty suuntaamalla postikysely 5 000 henkilön edustavalle satunnaisotokselle 15–64-vuotiaista, maassa pysyvästi asuvista Suomen kansalaisista; laitoksissa asuvat suomalaiset on rajattu otoksen ulkopuolelle. Kyselylomakkeet on postitettu keväällä (huhtikuussa), ja vastaamatta jättäneille on lähetetty noin kahden seuraavan kuukauden aikana kaksi (vuonna 1996) tai kolme (vuosina 1997–2009) uusintakyselyä. Lomakkeen täytettynä palauttaneiden määrä on vaihdellut vuosittain 3 000:n ja 3 600:n välillä. Vuonna 2010 kyselyyn vastasi 2 826 henkilöä (vastausaktiivisuus 57 %). (Piispa ym. 2008; Helakorpi ym. 2011.)



**Kuvio 2. Tuntee vähintään yhden henkilön, joka on kokeillut huumeita vuoden aikana, %.**

Lähde: Helakorpi ym. 2011.

Suomessa huumeiden käyttö on jälleen yleistynyt tasaisemman kehityksen jälkeen 2010-luvun vaihteeseen mennessä. Kehitys näyttäisi keskittyneen erityisesti 25–34-vuotiaiden miesten kannabiksen käyttöön. Kehityksellä on myös selkeä yhteyttä kannabiksen kotikasvatuksen lisääntymiseen. Sen sijaan muiden aineiden käyttötaso on ollut suhteellisen vakaata, ehkä sillä poikkeuksella, että stimulantti-ryhmässä ekstaasi ja kokaiini ovat nousseet suosiossa amfetamiinin rinnalle. Opiaattien osalta huomattavaa on buprenorfiinin ja muiden lääkeopioidien (tramadoli, fentanyl, oksikodoni) käytön yleistyminen heroiinin sijasta. Unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö sijoittuu kannabiksen ja muiden laittomien huumeiden käytön väliin, ja niitä käytetään useimmiten univaikeuksiin mutta myös päihdyttäviin tarkoituksiin ja päihteiden vaikutusten lieventämiseen tai tehostamiseen. Keskeistä suomalaisessa päihdekulttuurissa on myös huumausaineiden ja alkoholin sekakäyttö, mikä ilmenee esimerkiksi siinä, että huumausaineita vuoden aikana käyttäneistä puolet kuluttaa myös alkoholia riskialttiilla tavalla. Vuosituhannen alun vakaan kehityksen vuosista huolimatta huumeilla näyttäisi olevan vuonna

2010 aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten (miesten) juhlinta-tavoissa ja viihdekäytössä että päihteiden käyttöön liittyvässä alkavassa syrjäytymiskehityksessä. (Hakkarainen ym. 2010b.)

## 2.2 Koululaisten huumeiden käyttö

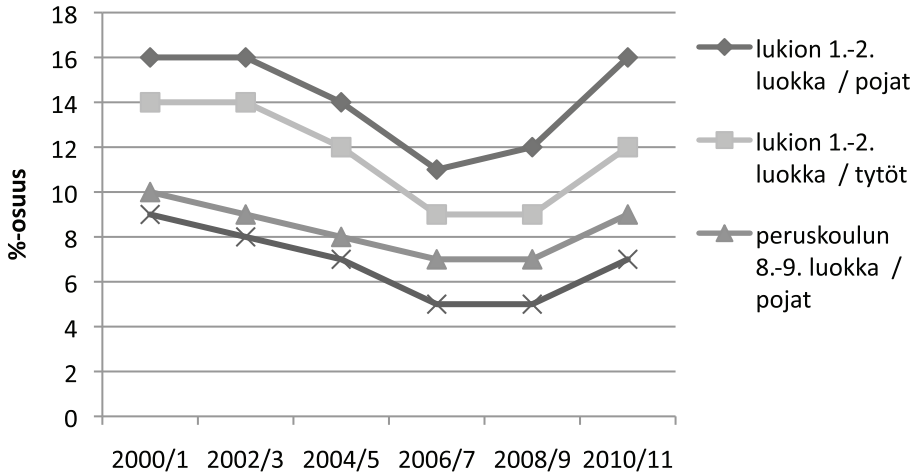
Koululaisiin kohdistuneen vuoden 2011 ESPAD -tutkimuksen<sup>16</sup> mukaan 15–16-vuotiaista pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia oli joskus elämänsä aikana kokeillut kannabista. Osuus oli 10 prosenttia vuonna 1999, 11 prosenttia vuonna 2003 ja 8 prosenttia vuonna 2007. Vuonna 2011 Suomen ESPAD -tutkimuksessa kysyttiin ensimmäisen kerran erikseen hasiksen ja marihuanan käytöstä sekä kannabiksen kotikasvatuksesta. Pojista 7 prosenttia oli käyttänyt hasista ja 10 prosenttia marihuanaa, tyttöillä vastaavat luvut olivat 4 prosenttia ja 6 prosenttia. Pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia ilmoitti tuntevansa jonkun, joka on itse kasvattanut kannabista. Nuorten keskuudessa kasvatus oli kuitenkin hyvin harvinaista: pojista yksi prosentti ilmoitti joskus itse kasvattaneensa kannabista, tytöistä ei yksikään. Muiden huumeiden kohdalla kehitys on ollut melko tasaista. Jotain muuta laitonta huumetta kuin kannabista elinaikanaan kokeilleiden osuus vuonna 2011 oli 5 prosenttia. (Raitasalo ym. 2012.)

Koululaisten huumeidenkäyttöä kartoitetaan myös valtakunnallisessa kouluterveyskyselyssä. Kouluterveyskysely kattaa vuorovuosin aina puolet Suomen kunnista sekä niiden peruskoulujen 8.–9. luokat ja lukion 1.–2. luokat.<sup>17</sup>

Alueellisesti levinneisyystiedot jakautuivat melko tasaisesti lukuun ottamatta Etelä-Suomea, jossa taso oli keskimäärin kolmanneksen muuta maata korkeampi. Eroja ilmenee kuitenkin koulutusasteen mukaan. Vuosina 2010–2011 arviolta 14 prosenttia lukion 1.–2.-luokkalaisista oli kokeillut joskus laittomia huumeita, kun vastaava prosenttiosuus oli 21 ammatillisten oppilaitosten 1.–2. luokan opiskelijoista. (Kouluterveyskysely 2011.)

<sup>16</sup> Eurooppalainen koululaistutkimus nuorten päihteiden käytöstä (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) on tehty vuodesta 1995 alkaen neljän vuoden välein 23–36 Euroopan maassa. Kohderyhmä on tutkimusvuonna 16 vuotta täyttävät nuoret, eli Suomessa peruskoulun 9.-luokkalaiset.

<sup>17</sup> Kouluterveyskysely tehdään yhden oppitunnin aikana opettajan ohjaamana. Vastaajat palauttavat opettajalle nimettömät lomakkeet, jotka opettaja sulkee tunnin lopussa luokkakohdaiseen kirjepussiin oppilaiden nähdessä. Luokkien kirjepussit lähetetään koulusta yhtenä pakettina tutkimusryhmälle. Tietojen keruun osalta Suomi on jaettu alueellisesti kahteen osaan, joista tiedot kerätään vuorovuosin. Muutosten tarkastelussa käytetään vertailukelpoisuuden lisäämiseksi aineistoa niistä kouluista, jotka ovat osallistuneet kyselyyn kaikkina kyselykertoina – joko parillisina tai parittomina vuosina. Mukaan valikoitui yhteensä 535 peruskoulua ja 321 lukiota. Kun parilliset ja parittomat vuodet yhdistettiin, vastanneita oli vuosittain peruskoulussa 81 057–83 915 ja lukiossa 39 084–43 242. Muutosaineisto kattoi tutkimusvuosista riippuen 61–65 prosenttia kaikista Suomen peruskoulun 8.–9. ja 51–58 prosenttia kaikista lukion 1.–2. vuoden opiskelijoista. (Luopa ym. 2010.)



**Kuvio 3. Kouluterveyskysely: Kokeillut ainakin kerran laittomia huumeita, %.**

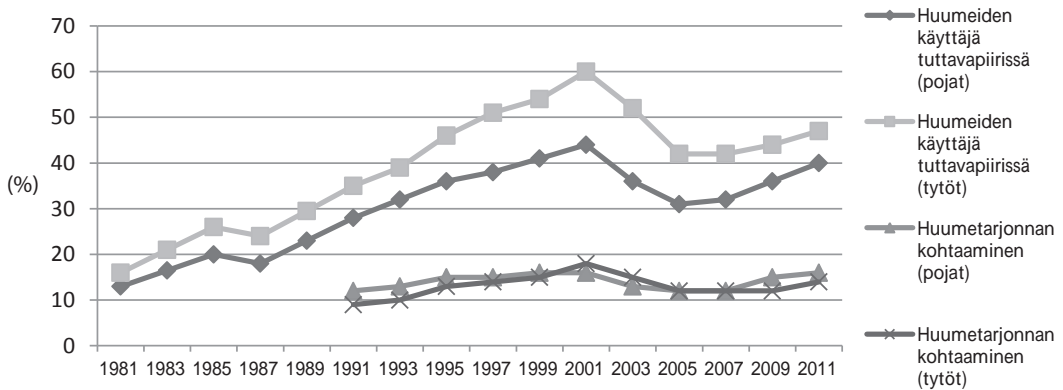
Lähde: Kouluterveyskysely 2011.

ESPAD-tutkimuksessa on kysytty myös eri päihteiden käyttöön liittyvistä riskeistä. Poikien ja tyttöjen välillä ei ole merkittävää tasoeroa kannabiskokeiluihin liitettyjen riskikäsitysten osalta. Sekä pojista että tytöistä hieman alle 30 prosenttia piti kannabiskokeiluihin liittyviä riskejä suurina vuonna 2011. Niiden osuus, jotka pitävät kannabiskokeiluihin liittyviä riskejä suurina, on laskenut tasaisesti lukuun ottamatta väliaikaista nousua vuosien 2003 ja 2007 välillä. Nuoret pitävät myös ekstaasin ja amfetamiinin kokeiluun liittyviä riskejä aiempaa pienempinä; pojilla lasku on ollut voimakkaampaa kuin tytöillä. (Raitasalo ym. 2012.)

Valtakunnallisen, 12–18-vuotiaisiin kohdennetun nuorten terveystapatutkimuksen<sup>18</sup> kysymyksillä on mahdollista arvioida nuorten "sosiaalista altistumista huumeille", mitä tarkastellaan kysymällä tietävätkö nuoret tuttavapiirissään huumaavia aineita kokeilleita tai onko heille itselleen tarjottu näitä aineita. Tutkimuksen mukaan ainakin yhden huumekekeilijan tuttaviansa keskuudessa tietävien 14–18-vuotiaiden osuus lisääntyi vuodesta 1987 vuoteen 2001, minkä jälkeen osuus lähti laskuun. Lasku kuitenkin pysähtyi vuonna 2007. Vuoden 2011 tutkimuksen mukaan valtaosa huumaavien aineiden tarjonnasta tulee ystäviltä ja tuttavilta. Tämä viittaa

<sup>18</sup> Tutkimus on postikysely, joka toistetaan joka toinen vuosi. Ensimmäinen kysely tehtiin vuonna 1977. Kyselyotos valitaan 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaista Kyselyyn liittyy kaksi uusintakyselyä vastaamattomille, joista viimeinen oli mahdollista täyttää sähköisesti. Vuoden 2011 kyselyyn vastasi 4 566 nuorta (47 %). (Raisamo S. ym. 2011.)

siihen, että näistä aineista on tullut osa nuorten arkipäivää, eikä saatavuus ole erityisen vaikeaa tai riippuvaista yksinomaan ulkopuolisesta tarjonnasta. Vuonna 2011 huumeita oli tarjottu joka kuudennelle 18-vuotiaasta pojista ja tytöistä. (Raisamo ym. 2011.)



**Kuvio 4. 14–18-vuotiaiden sosiaalinen altistuminen huumeille (% ,ikä ja sukupuoli vakioituna).**

Lähde: Raisamo ym. 2011.

Nuorten koulukiusaamisen kokemusten ja huumeiden käyttökokemusten välistä yhteyttä arvioitiin valtakunnallisella tutkimuksella, jossa on verrattu aiheeseen liittyviä kyselytuloksia 8-vuotiaiden koululaisten (poikien), heidän vanhempiensa ja opettajiensa haastatteluista ja 10 vuoden jälkikäteis seurannassa saatuja haastatteluvastauksia toisiinsa.<sup>19</sup> Tulosten perusteella erityisesti 8-vuotiaana kiusaajana olemisen näytti ennustavan huumeiden kokeiluja myöhemmällä, 18-vuoden iällä. Myös säännöllinen kiusaaminen näytti ennustavan hyvin huumeiden käyttöä riippumatta muista tutkimuksessa huomioiduista muuttujista. Sen sijaan kiusattuna olemisen itse

<sup>19</sup> Tutkimusaineisto on kerätty vuosina 1988 ja 1998. Vuoden 1989 aineisto koostuu 10 prosentin satunnaisotannasta koko 8-vuotiaiden ikäluokasta kyseisenä vuonna. Poikia joukossa oli 2946. Näiden lasten osalta tutkimukseen kuuluivat myös lasten vanhempien ja opettajien haastattelut. Koulukiusaamisen osalta lapsilta kysyttiin sekä koulukiusaamisen uhrina että kiusaajana olemista sen sijaan vanhemmilta ja opettajilta vain koulukiusaamisen uhrina olemista. Seurantatutkimus tehtiin vuonna 1999, jolloin huumeiden kokeilua tupakan, alkoholin ja huumeiden käyttöä koskeviin kysymyksiin vastasi noin 78 % alkuperäisestä tutkimusjoukosta. Tutkimustulosta vääristää jonkin verran se, että kyselyn katojoukkoon kuului enemmän koulukiusaamiskokemuksen ilmoittaneita kuin kyselyyn vastanneiden joukkoon. Analyysimenetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysiä. (Niemelä ym. 2011.)

asiassa näytti vähentävän huumeiden käyttöä myöhemmällä iällä. Jälkimmäisessä suhteessa tilanne oli päinvastainen säännöllisen tupakoinnin osalta. Tutkijat selittivät yhteyttä kiusaamisen ja myöhemmän huumeiden käytön kanssa kiusaajan epäsosiaaliin persoonallisuuden piirteisiin vedoten. Tosin tämän tutkimuksen tulokset koskevat vain poikia. (Niemelä ym. 2011.)

Suomessa on kerätty FinnTwin 12–17 -aineistoa vuosina 1983–1987 syntyneistä kaksosista. Aineiston perusteella on arvioitu huumeiden käyttöön liittyvien taustatekijöiden osuutta huumeekokeiluihin: yksilö-, vertaisryhmä- ja perhemuuttujien roolia nuorten kannabiskokeiluissa (Korhonen ym. 2008) ja varhaisiän masennuksen vaikutusta myöhempiin huumeekokeiluihin (Sihvola ym. 2008). Tarkoituksena on ollut arvioida yhteyksiä kaksivaiheisesti, ensin tarkastelemalla tutkimusotantaan kuuluvia kaksosia yksilöinä, ja tämän jälkeen tarkentaa analyysia kontrolloimalla mahdollisia perhekohtaisia (geneettisiä) virhelähteitä. Tällöin analyysi kohdennettiin niihin kaksosiin, joissa huumeiden kokeilua (ja varhaisiän masentuneisuutta koskeva) tekijä erottaa saman perheen kaksoset toisistaan.

Yksilö-, vertaisryhmä- ja perhemuuttujien vaikutuksia huumeiden käyttöön koskeneessa tutkimuksessa<sup>20</sup> todettiin, että tutkituista kaksosista 13,5 prosenttia oli kokeillut kannabista 17,5 ikävuoteen mennessä. Kokeiluihin olivat merkittävästi vaikuttaneet varhainen tupakoinnin aloittaminen, humalajuomisen useus, tupakoivien ystävien määrä, huumeita kokeilleiden ystävien määrä, perheen isän viikoittainen humalajuominen sekä poikien osalta aggressiivinen käyttäytyminen varhaisnuorudessa. Kohdentamalla analyysi kaksospareihin, joista vain toinen oli kokeillut huumeita, tulokset muuttuivat siten, että merkittävästi huumeekokeiluihin vaikuttavia tekijöitä olivat lopulta opettajan ilmoittama hyperaktiivisuus tai aggressiivisuus 12-vuotiaana, tupakoinnin aloittaminen ja humalajuominen 14-vuotiaana tai aiemmin, sekä tupakoivien ystävien suuri määrä (yli 5 henkeä) ja ainakin yksi huumeita kokeillut ystävä 14-vuotiaana. Kuitenkin monia huumeekokeiluihin muussa kirjallisuudessa esiin nousseita tekijöitä (perheen asenneilmapiiiri, kuri, yleiset ympäristötekijät, huumeiden saatavuus) oli jouduttu jättämään pois tutkimuksen alkuperäisestä muuttujalistasta. (Korhonen ym. 2008.)

Viimeksi julkaistussa kaksostutkimuksessa syvennettiin analyysiä tupakan ja huumeiden käytön välisen mahdollisen yhteyden osalta 17,5-vuotiaiden kyselyjen

<sup>20</sup> Tutkimusaineisto koostui viidestä täydellisestä kaksosten syntymäkohortista vuosilta 1983–1987 (n=5 600 kaksosta) sekä kaksosiin ja heidän vanhempiinsa kohdistuneista peruskyselyistä kun kaksoset olivat 11–12-vuotiaita (kattavuus 87 %), seurantakyselyistä heidän ollessaan 14-vuotiaita (kattavuus 88 %) ja toisesta seurantakyselyistä heidän ollessaan 17,5-vuotiaita (kattavuus 92 %). Aineistossa mukana olivat myös opettajien arvioinnit kaksosista 11–12-vuotiaana. Vaikuttavien muuttujien ryväs kerättiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja muuttujia arvioitiin peruskyselyllä ja ensimmäisellä seurantakyselyllä ja huumeiden käyttöä 17,5-vuotiaalle osoitetulla kyselyllä. Aineiston puhdistettu ja tarkastettu lopullinen aineisto käsitti tiedot kaikkiaan 3 118 henkilöstä (kaksosista). Aineisto analysoitiin logistisella ja ehdollisella (conditional) logistisella regressionalyysillä käyttäen tunnuslukuna vetosuhdetta (odds ratio). (Korhonen ym. 2008.) Kaksostutkimusprojektin kokonaiskuvaus löytyy osoitteesta: <http://wiki.helsinki.fi/display/twineng/Finntwin12>.

perusteella.<sup>21</sup> Tutkimuksessa vertailtiin rakenneyhtälömalleja, joista ensimmäisessä oletettiin tupakoinnin vaikuttavan syy-seuraus-suhteen tavoin huumeiden käytön aloittamiseen ja toisessa oletettiin, että molempien taustalla ovat yhteiset perintö- tai ympäristötekijät. Molemmissa malleissa perintötekijät näyttivät suurta osuutta tupakoinnin aloittamisen ja huumeiden käytön aloittamisen taustalla. Malleista se, jossa varhain aloitettu tupakointi vaikutti huumeiden käytön aloittamiseen, sopi kuitenkin aineistoon jonkin verran paremmin, mutta yhteisten perintötekijöiden osuutta ei pystytty täysin sulkemaan pois. Sen sijaan huumeiden käytön jatkumiseen (käyttö useammin kuin neljä kertaa elinaikana) tupakoinnin aloittamisella ei ollut suoria vaikutuksia vaan sen vaikutukset tulivat epäsuorasti huumeiden käytön aloittamisen kautta. Huumeiden käytön jatkumisen syynä yksilöllisten ympäristötekijöiden merkitys nousi merkittävämpään asemaan kuin sen merkitys oli tupakoinnin jatkamisen (yli 50 tupakointikertaa elinaikana) osalta. (Huizink ym. 2010)

## 2.3 Opiskelijoiden huumeiden käyttö

Vuonna 2008 toteutettiin kysely yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoille, jossa kartoitettiin opiskelijoiden terveydentilaa, terveyskäyttäytymistä ja näihin liittyviä tekijöitä sekä terveyspalvelujen käyttöä.<sup>22</sup> Vastanneiden keski-ikä oli ammattikorkeakoulussa 24 vuotta ja yliopistoissa vuoden korkeampi. Naisten osuus vastanneista oli 63 prosenttia. Päähteiden osalta todettiin, että yli 90 prosenttia opiskelijoista käyttää alkoholia ja yli 6 kerta-annosta viikossa miehistä neljännes ja naisista lähes joka kymmenes. Joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 22 prosenttia opiskelijoista, joista noin kolmannes oli käyttänyt kannabista viimeisen vuoden aikana. Muiden huumeiden osalta kokeilijoita oli noin 3 prosenttia, joista myös kolmannes viimeisen vuoden aikana. Kannabiksen käyttäjien osuudet olivat suurempia miesten osalta, sen sijaan merkittäviä eroja ei ollut koulutusasteiden välillä. (Kunttu & Huttunen 2009.)

Kuntun ja Huttusen tutkimuksen mukaan lääketieteen opiskelijoiden alkoholin käyttö oli yliopistoissa alhaisinta tasoa eri tiedekuntia verratessa. Vuonna 2007 Tampereen yliopiston lääketieteen tiedekuntatentin yhteydessä tehtiin juuri tälle kohderyhmälle suunnattu vapaaehtoinen kysely opiskelijoiden päihteiden käytöstä.<sup>23</sup> Vastaa- jien ikä-

<sup>21</sup> Aineisto muodostui edellisessä viitteessä esitetyn kaksostutkimuksen aineistosta. Tällä kertaa tupakan ja huumeiden käyttöä tutkittiin 17,5 -vuotiaiden osalta ja tutkimuksessa analysoitiin lopulta 3744 kaksosen muodostama aineisto. Aineisto analysoitiin kahdella vaihtoehtoisella monimuuttujamenetelmällä toteutetulla mallilla ja aineistoon sovellettiin tilastollisia standarditestejä. (Huizink ym. 2010.)

<sup>22</sup> Tutkimuksen kohdejoukkona olivat vuonna 2008 alle 35-vuotiaat perustutkintoa suorittavat suomalaiset ammattikorkeakouluopiskelijat (otos 4 984, miehiä 46 %) ja yliopisto-opiskelijat (otos 4 983, miehiä 45 %). Kokonaisvastausprosentti oli kolmen muistutuksen jälkeen ammattikorkeakoulujen osalta 51 prosenttia, yliopistojen osalta vähän korkeampi (= 55 %). Vastaava tutkimus on toteutettu yliopisto-opiskelijoiden osalta myös vuosina 2000 ja 2004. (Kunttu & Huttunen 2009.)

<sup>23</sup> Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan 1.–5.-vuosikurssin opiskelijat. Lomake jaettiin pakollisen tiedekuntatentin yhteydessä. Tenttiin osallistui 497 opiskelijaa, joista tutkimukseen saatiin 468 hyväksyttyä lomaketta (vastausprosentti 94 %).

keskiarvo oli 24 vuotta ja naisten osuus vastanneista oli 62 prosenttia. Kyselyn lopputuloksen mukaan yli 90 prosenttia opiskelijoista käytti alkoholia ja yli 6 kerta-annosta vähintään kerran viikossa miehistä yli neljännes ja naisista vain pari prosenttia. Kannabista oli kokeillut 23 prosenttia opiskelijoista, kun taas muiden huumeiden kokeilu jäi alle kahden prosentin. Kannabiksen kokeilu oli yhtä yleistä miehillä ja naisilla. (Meriläinen ym. 2010.)



# 3 Ehkäisevä huumetyö

## 3.1 Yleistä ehkäisevästä päihdetyöstä Suomessa

Ehkäisevällä päihdetyöllä vaikutetaan päihteitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja riskitekijöihin sekä päihteiden käyttötapoihin, saatavuuteen, tarjontaan ja haittoihin.

Ehkäisevää päihdetyötä säätelevät pääasiassa raittiustyölaki (1982/828), raittiustyöasetus (822/76) ja päihdehuoltolaki (1986/41). Raittiustyölaissa (828/1982) työn tarkoituksena on määrittää kansalaisten totuttaminen terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. Yleisten edellytysten luominen raittiustyölle on lain mukaan ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Käytännön raittiustyön tekemisestä vastaavat pääasiassa kunnat sekä raittiutus- ja kansanterveysjärjestöt. Lain mukaan kunnissa tulee olla toimielin, joka vastaa raittiustyöstä. Toimielimen on tehtävä yhteistyötä erityisesti terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa. Raittiustyölaki uudistetaan vuoden 2013 aikana. Lain uudistamisen tarkoituksena on paikallisen päihdehaittojen ehkäisyn kehittäminen. Raittiustyöasetus (233/1983) täsmentää, että toimielimen tulee toimia yhteistyössä raittiustyötä ja ehkäisevää päihdetyötä tekevien sekä terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa. Kuntalain 17 §:ssä todetaan, että kunnan toimielimellä tarkoitetaan valtuustoa, kunnanhallitusta, lautakuntaa tai muuta päätösvaltaista elintä, jonka valtuusto on asettanut. Kun raittiutuslautakunnat kunnissa lakkautettiin raittiustyölain tultua voimaan 1984, raittiustyölaissa määritetyt tehtävät tuli siirtää jonkun muun kunnan toimielimen tehtäväksi, yleensä sosiaali-, terveys- tai sivistyslautakunnan. (Strand 2011.) Päihdehuoltolain (1986/41) tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.

Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä. Suomessa kunnat ja niiden muodostamat kuntayhtymät vastaavat pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Ehkäisevä päihdetyö näkyy lainsäädännössä raittiustyölain, päihdehuoltolain ja muun lainsäädännön (mm. kansanterveyslaki, lastensuojelulaki, nuorisolaki) lisäksi käynnissä olevissa poliittisissa ohjelmissa (mm. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, Kaste, Lanuke) sekä toimintapolitiikkoja ohjaavissa palvelujen laatusuosituksissa (esim. päihdepalvelujen laatusuositukset, ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit).

Kuntien päihdestrategioissa ehkäisevä päihdetyö on käsitetty yleensä jatkumona, johon sisältyy ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja hoito. Uuden käsitelmäärittelyn myötä päihdetyö jakaantuu ehkäisevään päihdetyöhön ja korjaavaan päihdetyöhön. Päihteitä käsitellään strategioissa yleensä kokonaisuutena, huumeita ja alko-

holia erottelematta. Myös tupakoinnin ja toiminnallisten riippuvuuksien ehkäisy luetaan ehkäisevän päihdetyön piiriin.

Kunnille on annettu suositus tehdä mielenterveys- ja päihdetyön strategia, jossa määritellään päihdetyön vastuut terveyskeskuksessa (STM 2009b). Tutkimuksen<sup>24</sup> mukaan kuitenkin vain 69 prosenttia terveyskeskuksista on hyväksynyt päihdetyön strategian. Lisäksi 65 prosentissa terveyskeskuksista oli johdon hyväksymän päihdehaittojen vähentämissuunnitelma. Alkoholin käytön vähentämiseen tähtäävää mini-interventioita ilmoitti toteuttavansa 73 prosenttia terveyskeskuksista. Huumausaineiden käyttäjille terveysneuvontaa annettiin vain kolmasosassa terveyskeskuksista (35 %). Yhteisistä käytännöistä huumeiden käytön toteamiseksi oli sovittu 40 %:ssa terveyskeskuksia. (Rimpelä ym. 2009a.)

Päihdetyön kehittämiseksi perustettiin vuonna 2000 ehkäisevän päihdetyön kuntayhdyshenkilöverkosto. Yhdyshenkilön tehtäviksi määriteltiin ehkäisevän päihdetyön edistäminen kunnassa moniammatillisena yhteistyönä, tiedonvälitys ehkäisevän päihdetyön toimijoiden välillä sekä kunnallisen tai alueellisen päihdestrategian koordinointi.

Ehkäisevän päihdetyön kunta- ja alueverkostoja kehitetään valtakunnallisessa Alkoholiohjelmassa, jonka pääkoordinaattorina toimii Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Kaikissa kuudessa aluehallintovirastossa toimii Alkoholiohjelman aluekoordinaattori, joka vastaa Alkoholiohjelman tavoitteiden toimeenpanosta omalla alueellaan ja toimii alueen haittoja ehkäisevän päihdetyön koordinaattorina. THL kehittää myös päihdetyön alueellista kehittäjäverkostoa sekä kerää ja välittää alan hyviä käytäntöjä. Päihdetyö ei ole vain osa kunnan julkisia palveluja. Järjestöillä ja muilla kolmannen sektorin toimijoilla on myös keskeinen rooli käytännön ehkäisevän päihdetyön toteuttamisessa sekä itsenäisinä toimijoina että palvelujen tuottajina kunnille. Järjestöt esimerkiksi pyrkivät lisäämään keskustelua ja tietoa huumeista sekä huumeiden käytöstä, käytön syistä ja seurauksista. Lisäksi järjestöt pyrkivät vaikuttamaan asenneilmapiiriin, organisoivat vertaistukitoimintaa ja järjestävät jälkihoitoa päihdekuntoutujille.

Ehkäisevälle päihdetyölle on määritelty laatukriteerit. Kriteeristö on luonteeltaan sisällöllinen ja se soveltuu eri päihteen aiheuttamien haittojen ehkäisyyn sekä vähentämiseen.<sup>25</sup> Laatukriteerien omaksumista käytäntöön pidetään keskeisenä välineenä ehkäisevän työn laadun parantamiseksi. Huumetyötä ei laatukriteereissä ole eroteltu muusta päihdetyöstä. (Stakes 2006.)

<sup>24</sup> Terveyskeskusten (N = 231) johtajille lähetettiin lokakuussa 2008 verkkokysely, johon pyydettiin vastaamaan johtoryhmän yhteistyönä. Väestön terveyden edistämiseksi näkökulmien lisäksi lomakkeessa oli kysymyksiä johdon tulkinnoista terveyden edistämisestä ja keskeisistä kansanterveysohjelmista. Vastaukset saatiin 190 terveyskeskuksesta (82 %) kaikista suurimmista (50 000+ asukasta) ja 89 % keskisuurista (20 000–49 999).

<sup>25</sup> Kriteerit ovat työn kohdennus, kohderyhmä, vaikuttamisten taso, tietoperusta, arvot, realistiset tavoitteet, tavoitteiden yhdenmukaisuus muiden strategioiden kanssa, toimintamallit, resurssit, seuranta ja arviointi, osa-alueiden tasapaino ja suhde alkutilanteeseen.

Opetus- ja kulttuuriministeriö tukee ennaltaehkäisevää huume- ja päihdetyötä rahoittamalla nuorten huumeiden käytön ennaltaehkäisyn toimintaedellytysten parantamista, henkilöstön ja vapaaehtoisten koulutusta sekä pitkäaikaisia projekteja. Huumeiden käytön ennaltaehkäisy on mukana myös muussa nuorisotoiminnassa, kuten nuorten työpajoissa ja iltapäiväkerhoissa. Mahdollisuuksien mukaan tuetaan nuorten elämäntapavalintoihin liittyviä valistus- ja kasvatustietoprojekteja.

Huumetyön osaksi järjestöt ovat luoneet sähköisiä huumetietopalveluja, keskustelufoorumeita sekä välineitä päihteiden käytön itsearviointiin. Asiantuntijoiden tietojen vaihtoa ja koulutusta on vastaavasti kehitetty luomalla koulutuksen tueksi verkostopohjaisia asiantuntijafoorumeita.

Neuvoa-antavat -teemapalvelu ([www.thl.fi/neuvoa-antavat](http://www.thl.fi/neuvoa-antavat)) on THL:n valtakunnallinen päihdetyön verkkopalvelu. Sivustoon liittyy myös päihdehoitopaikkatietokanta ja strategiatietokanta.

## 3.2 Yleinen ehkäisevä päihdetyö

### Nuorisotyö ja -politiikka

Nuorisolain mukaisen nuorisopolitiikan kehittämisohjelman 2007–2011 päihde-ehkäisyyn liittyviä osioita on toteutettu OKM:n koordinoimana yhteistyössä STM:n ja SM:n kanssa ja nuorisotyön menetelmiä on kehitetty myös ehkäisevän päihdetyön näkökulmasta.

Valtakunnallisen nuorisotalouden ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimi on julkaissut päihdekasvatuksen tukimateriaalin. Oppaassa nuorisotalouden ehkäisevä päihdetyöhön katsotaan kuuluvan nuorten sosiaalinen vahvistaminen, yleinen ehkäisy ja riskiehkäisy. Yleisen ehkäisyn tarkoituksena nähdään ajankohtaisen tiedon antaminen nuorille eri päihdeaineista ja niiden käytön aiheuttamista yleisistä riskeistä. Terveystieteiden riskien käsittelyn lisäksi voidaan pohtia myös päihteiden aiheuttamia vaikeuksista kaverisuhteissa, koulunkäynnissä ja perhe-elämässä. Asioiden käsittelytavassa, näkökulmissa ja käytettävissä esimerkeissä tulisi lähteä mahdollisimman läheltä nuorten omaa kokemusmaailmaa. Pelkkä tiedon jakaminen ei aina riitä. On pyrittävä varmistumaan myös siitä, miten nuoret ovat tulkinneet heille jaettuun tietoon ja miten syntynyt ymmärrys vastaa heidän omaa kokemusmaailmaansa. (Pylkkänen ym. 2009.)

Siinä missä aikuisille kohdennetussa ehkäisevässä työssä korostetaan usein terveyshaittoja ja riskitekijöitä, nuorten parissa ehkäisevää päihdetyötä saatetaan tehdä puhumatta päihteistä lainkaan ja keskittymällä nuoren kokonaisvaltaisen elämänhallinnan rakentamiseen. Nuorisotyön yleinen ehkäisevä merkitys perustuu siihen, että nuori saa tarvittaessa ohjausta, apua ja tukea kasvu- ja sosiaalistumisprosessissa eteen tulleisiin kysymyksiin, joita hän ei välttämättä osaa ratkaista omatoimisesti.

Olennaista on, että nuori kokee kaiken aikaa olevansa osallisena myös itse niiden asioiden ratkaisuihin, jotka hänen omaa elämäänsä koskevat. (Pylkkänen ym. 2009.)

Preventiimi, joka toimii valtakunnallisen Humanistisen ammattikorkeakoulun (HUMAK) yhteydessä, järjestää myös nuorisovalan ehkäisevän päihdetyön täydennyskoulusta ammattilaisille. Preventiimi on yksi opetus- ja kulttuuriministeriön vuonna 2010 tehdyn periaatepäätöksen mukaisista valtakunnallisista nuorisovalan palvelu- ja kehittämiskeskuksista. Preventiimi kouluttaa nuorisovalan koulutettaville ja nuorten kanssa työtä tekeville ehkäisevää päihdetyötä verkostoituen kuntien ja järjestöjen kanssa. Preventiimi-keskuksessa on myös järjestetty ja kehitetty myös nuorten päihde-ehkäisyn koulutusta. Hankkeilla on tuettu myös kouluissa tehtävää ehkäisevää työtä ja tuotettu erilaisia materiaaleja. Maahanmuuttajanuorille suunnattujen hankkeiden tukea on lisätty. Useita satoja nuoria on osallistunut myös kaikille nuorille suunnattuun kansainvälistä nuorisokasvatustohjelmaan, Avarttiin. Nuorisovalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimin verkkosivusto on osoitteessa [www.preventiimi.fi](http://www.preventiimi.fi).

### **Yleinen ehkäisevä päihdetyö koulussa**

Suomessa sovelletaan ehkäisevään päihdetyöhön koulujen osalta niin sanottua ympäristöstrategiaa (environmental strategy), jonka tavoite on tehdä koulusta kaikkien oppilaalle turvallinen, riskejä vähentävä ympäristö. Koulu puolestaan on osa paikallista ehkäisevän päihdetyön verkostoa.

Koulun ehkäisevä päihdetyö koostuu

- päihdeopetuksesta ja -kasvatuksesta opetuksen osana, mm. integroituna pakolliseen terveystieto-oppiaineeseen,
- terveen kasvun ja kehityksen tukemisesta,
- terveen ja turvallisen oppimisympäristön edistämisestä,
- kouluterveydenhuollon tuesta ja laajoista terveystarkastuksista,
- mahdollisuudesta saada ohjausta ja apua luottamuksellisesti,
- oppimisen tuesta, joka auttaa pysymään koulussa ja pärjäämään siellä,
- vapaa-ajan toiminnasta,
- koulun päihteiden ehkäisyä koskevasta opetussuunnitelmasta ja päihdepelisäännöistä, jotka mm. määrittelevät koulun toimintatavan päihteiden käyttöön liittyvissä tilanteissa,
- suunnitellusta ja opetellusta oikeanlaisesta ja oikea-aikaisesta puuttumisesta päihteiden käyttöön,
- yhteistyöstä kotien kanssa,
- yhteistyöstä päihdepalvelujen kanssa sekä
- yhteistyöstä muiden paikalliseen ehkäisevän päihdetyön verkostoon kuuluvien ammatti- ja kansalaistoimijoiden kanssa.

Tuoreen arviointitutkimuksen mukaan Suomessa sekä opettajat että oppilaat ovat hyvin motivoituneita terveystieto-oppiaineeseen: Opettajien ja oppilaiden mielestä terveystiedon opintunneilla keskustellaan paljon, ja huomattava osa oppilaista keskustelee oppituntien aiheista kavereidensa ja vanhempiensa kanssa. Opettajilta vaaditaan vuoden 2012 alusta, siirtymäkauden jälkeen, erityinen terveystiedon opettajan pätevyys. (Aira 2010.)

Koska päihdekasvatus ja -opetus on järjestetty osaksi koulun opetusohjelmaa, niin sanotuilla koulu- tai koulun suunnatuilla päihdekasvatusohjelmilla (school-based drug prevention programmes) on suomalaisessa strategiassa toissijainen rooli. Niiden käyttö on koulujen omassa päätösvallassa eikä sitä seurata järjestelmällisesti. Kuitenkin vuonna 2008 kaksi kolmasosaa yläkouluista järjesti terveystieto-aiheisia teemapäiviä ja useampi kuin joka kymmenes teemaviikkoja. (Aira 2010.)

Poliisi on huumeiden vastaisessa toiminnassa tehnyt tiivistä yhteistyötä koulujen kanssa ja nimennyt kouluille yhteyspoliisin. Koulu- ja lähipoliisitoiminnan avulla on pystytty luomaan toimivat yhteistyösuhteet. Poliisi on tiedottanut niin paikallisella kuin valtakunnallisella tasolla huumausainerikollisuuteen liittyvistä ilmiöistä, muuntohuumeista, tutkinnassa olleista huumausainerikoksista ja niiden taustoista. Tiedottamisen luonne on ollut ehkäisevää ja siinä on huomioitu erityisesti nuoret, joiden voidaan katsoa olevan alttiita huume- ja huumekokeiluihin.

### 3.3 Valikoiva ehkäisevä päihdetyö

Vuonna 2010 nuorisotyön määrärahoista myönnettyillä avustuksilla on tuettu nuorten riskiryhmiin kohdistettuja ehkäisyhankkeita. Hankkeita ovat järjestäneet muun muassa kunnat, järjestöt, nuorten työpajat ja valtakunnalliset nuorisokeskukset. Erityisesti etsivää nuorisotyötä on kehitetty, ja tällä hetkellä toimii 230 etsivän työn työparia eri puolilla Suomea. Nuorisotutkimusverkosto on yhteistyössä muun muassa THL:n kanssa tehnyt ehkäisevän päihdetyön tutkimusyhteistyötä.

Nuorten ahdistuksen ja päihteiden käytön kohtaamisesta ja mahdollisten ongelmien tunnistamisesta on kirjoitettu vanhemmille ja nuorten parissa työskenteleville opas, jossa kuvataan ahdistuneisuuden ja päihteiden käytön yhteyksiä. (Fröjd ym. 2009)

Hyvinvointia ja terveyden edistämistä lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa selvittäneissä kyselytutkimuksissa<sup>26</sup> kysyttiin miten toimittiin kun epäiltiin huumeiden käyttöä. Huume- ja huumetapauksia raportoitiin kaiken kaikkiaan erittäin vähän, tosin ammatillisissa oppilaitoksissa (n = 29) huomattavasti lukioita (n = 13) enemmän, mutta määrät olivat kuitenkin erittäin pieniä. Yleisemmin opettaja, ryhmänohjaaja tai rehtori pyrki keskustelemaan oppilaan kanssa. Ammatilliset oppilaitokset olivat

<sup>26</sup> Pääosin yhtenäinen kysely järjestettiin v. 2008 kaikille lukioille (N=416), sekä sellaisille oppilaitoksille joissa järjestettiin ammatilliseen perustutkintoon johtavaa koulutusta (N=192). Lukioista kyselyyn vastasi 90 % ja oppilaitoksista 84 %.

selvästi aktiivisempia ohjaamaan oppilaan oppilaiden terveydenhuollon piiriin, mutta myös ottamaan yhteyttä alle 18-vuotiaan vanhempiin, lastensuojeluun ja poliisiin. (Rimpelä ym. 2009b; Väyrynen ym. 2009.)

Työpaikoilla tehtävillä huumausainetesteillä pyritään ehkäisemään huumeista aiheutuvia ongelmia ja mahdollisesti auttamaan varhaisessa hoitoonohjauksessa. Tämän toteuttamiseksi työpaikoille tulee laatia kirjallinen päihdeohjelma yhteistyössä työnantajien ja työntekijöiden kanssa.

## Järjestöjen ehkäisevä huumetyö

Vuoden 2012 alusta alkaen Elämäntapaliitto ry, Terveys-Hälsan ry ja Elämä On Parasta Huumetta ry yhdistyivät Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:ksi. EHYT ry toimii myös laajemmin ehkäisevää päihdetyötä tekevien järjestöjen yhteisen äänen kokojana. EHYT ry:n koordinaatioyksikkö organisoii muun muassa järjestöjen yhteisen huumetyöryhmän toimintaa, joka aloitti toimintansa vuonna 2012. Työryhmän toiminnassa keskeisellä sijalla on yhteistoiminnan kehittäminen huumetyön kentällä. Huumetyöryhmä on avoin verkosto, jossa on tällä hetkellä EHYT ry:n lisäksi mukana THL:n asiantuntijajäsen, Elämäni Sankarit ry, Irti Huumeista ry, YAD Youth Against Drugs ry, Music Against Drugs ry, Omaiset huumetyön tukena ry, Stop Huumeille ry, A-klinikkasäätiö, Suomen Punainen Risti, Nykterhetsförbundet Hälsa och Trafik rf sekä Sininauhaliitto.

Irti Huumeista ry on vuodesta 1984 toiminut valtakunnallinen ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön vapaaehtoisjärjestö. Vuonna 2011 Suomen Vanhempainliiton kanssa yhteistyössä toteutettu Avaasilmäsi -kampanja tavoitti valtakunnallisesti tuhansia vanhempia ja kasvattajia varoittaen heitä kannabiksen arkipäiväistymisestä. Vuonna 2011 kampanjan sivustolla (avaasilmäsi.fi) kävi 16 000 kävijää. Yhdistyksen ammatillinen yksikkö, Läheis- ja perhetyön keskus, tekee perhekeskeistä huumetyötä matalan kynnyksen tukipisteenä pääkaupunkiseudulla ja valtakunnallisesti.

YAD Youth Against Drugs ry on 1988 perustettu valtakunnallinen nuorten ja nuorten aikuisten kansalaistoimintaan keskeisesti nojaava ehkäisevän huumetyön yhdistys. Ajantasainen, vertaisvaikuttajuutta hyödyntävä huume-ehkäisy ja sitä tukevat tieto- ja asennemateriaalit ovat toiminnan keskiössä. Uutena avauksena viime vuosina on ollut muun muassa matalan kynnyksen vapaaehtoistoimintaa toteuttava verkko-ohjattu Street Team, joka tarjoaa osallistumismahdollisuuksia ehkäisevään huumetyöhön ajasta ja paikasta riippumatta. Vuonna 2011 yhdistys tarjoaa toimintajaa työllistymismahdollisuuksia myös huumeriippuvuudesta toipuville, ja on suunnittelemassa toipuvien kokemusasiantuntijatoimintaa ehkäisevään huumetyöhön.

Music Against Drugs ry on lasten ja nuorten terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävä ehkäisevän päihdetyön järjestö. Vuonna 2011 se järjesti useita eri ehkäisevän päihdetyön menetelmiä sisältäviä Music Against Drugs -kokonaisuuksia neljässä kunnassa Suomessa.

A-klinikkasäätiö jatkoi vuonna 2011 huumeiden käyttöön liittyvää terveys- ja sosiaalineuvontaa, etsivää työtä, vertaistoimintaa, korvaushoitoa, vieroitushoitoa, terapeuttista työtä A-klinikoilla ja nuorisoasemilla, lääkkeetöntä ja tukilääkityksellä toteutettavaa laitostuntoutusta sekä yhteisöhoitoa. Huumeet olivat teemana monissa tutkimuksissa ja opinnäytetöissä sekä kehittämisprojekteissa - kuten vuodesta 2001 toteutetussa Huuko-toiminnassa, joka vuonna 2011 verkostoi päihde- ja mielenterveystoimijoita, lisäsi heidän osaamistaan sekä levitti päihde- ja mielenterveystyön hyviä käytäntöjä. Huumeet olivat vahvasti esillä myös A-klinikkasäätiön viestinnässä sekä sähköisissä palveluissa, joissa etenkin vuonna 1996 julkaistu verkkopalvelu Päihdelinkki tavoittaa kuukausittain keskimäärin 82000 eri kävijää. Tämä kaikkia päihdeitä ja riippuvuuksia käsittelevä palvelu tarjoaa kansalaisille ja ammattilaisille tietoa, testejä, vertaistukea ja neuvontaa. A-klinikkasäätiön palveluja kehitetään yhdessä asiakkaiden ja yhteistyökumppanien kanssa.

### 3.4 Kohdennettu ehkäisevä päihdetyö

Nuorten kohdennettu ehkäisy tapahtuu usein nuorisohuoltolaitoksissa, nuorten kuntoutusyksiköissä sekä työpajoilla. Nuorten päihdehoito ja kuntoutus on myös kohdennettua ehkäisyä, jolla pyritään ehkäisemään paluu päihdemyönteiseen elämäntapaan. (Pylkkänen ym. 2009.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi vuonna 2009 oppaan mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisesta tunnistamisesta. Opas on tarkoitettu asiakastyötä tekevien terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten käyttöön helpottamaan nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamista ja seulomista. Se tarjoaa mittareita erilaisten riskien arviointiin sekä käytännönläheisiä neuvoja ehkäisytyöhön. Huumausaineiden osalta oppaassa korostetaan luottamuksellisen potilassuhteen tärkeyttä sekä työntekijöiden riittäviä perustietoja huumausaineista. Opas ei suosittele huumausainetestien rutiininomaista käyttöä huumausaineiden käytön tunnistamisessa. Parhaiten testaus soveltuu käytettäväksi käyttäytymisen muutokseen kannustavan hoitosuhteen osana. (THL 2009a.)

Nuorten rikoksenteekijöiden rikoksiin on puututtu varhaisessa vaiheessa yhteistyössä eri viranomaisten kanssa. Poliisin puuttumisen tavoitteena on ollut ennalta estää rikoskierteen ja päihderiippuvuuden syntyminen. Poliisin sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoviranomaisten yhteistyöllä on panostettu muun muassa lasten ja nuorten aseman parantamiseen ongelmaperheissä, joissa vanhemmilla on useinkin ollut päihdetaustaa.

Syyttäjien huumausaineen käyttörikosta koskevan ohjeen mukaan huumausaineen käyttörikoksesta ensimmäisen kerran kiinni jääneelle alle 18-vuotiaalle on säännönmukaisesti järjestettävä puhuttelutilaisuus, joka tähtää sakottamisen sijasta seuraamusluonteiseen syyttämättä jättämiseen ja suullisen huomautuksen antamiseen. Puhuttelutilaisuuteen osallistuvat nuoren ja hänen huoltajansa lisäksi poliisi,

syyttäjä ja sosiaaliviranomaisen edustaja. Puhuttelua ja sen seurauksena tehtyä syyttämättä jättämistä käytettiin 40 kertaa vuonna 2008, 66 kertaa vuonna 2009 ja 161 kertaa vuonna 2010. Puhuttelutilaisuuksien määrän kasvua voi tässä tapauksessa pitää hyvänä, koska se kertoo lähinnä toiminnan kehittymisestä ja syyttäjien puhutteluaktiivisuuden kasvusta. Kun vielä vuonna 2008 viidessä syyttäjänvirastossa ei järjestetty lainkaan puhutteluja, vuonna 2010 puhutteluja järjestettiin jo kaikissa paitsi yhdessä virastossa.

Terveysneuvontapisteissä<sup>27</sup> tehdään riskiryhmäehkäisyä. Kunnat ja järjestöt tekevät myös etsivää työtä, jolla pyritään tavoittamaan palveluiden piiriin kuulumattomia yksilöitä kuten koulupudokkaita tai huumeiden käyttäjiä, jotka eivät käytä terveysneuvontapisteiden palveluita. Kohdennettua tietoa huumeiden käytön riskeistä annetaan myös järjestöjen toimesta erilaisissa toimintaympäristöissä kuten rock-festivaaleilla tai konemusiikkitahtumissa. (Ks. mm. Punainen Risti 2010; YAD 2011.)

### 3.5 Valtakunnalliset ja paikalliset mediakampanjat

Vuosittain järjestetään liikenneraittius- ja vesiturvallisuuskampanjat, joissa kaikki päihteet on otettu huomioon. Samoin vuosittaiseen Ehkäisevän päihdetyön viikkoon (viikko 45) liittyy yleinen päihdeviestintäkampanja. Kaksi radioasemaa, Radio Auran Aallot ja Radio Melodia, järjestävät tuolla viikolla vuosittain alueellisen huumeidenvastaisen tiedotuskampanjan yhteistyössä opetustoimen, Turun Tullin, Irti Huumeista ry:n ja kampanjaa tukevien yhteistyöyritysten kanssa.

---

<sup>27</sup> Ks. alaluku 7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen.



## 4 Huumeiden ongelmakäyttö

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan Suomessa amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrällä, joka oli 14 500–19 100 vuonna 2005, eli koko maan osalta 0,6–0,7 prosenttia maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä oli amfetamiinin käyttäjiä. Miesten osuus oli lähes 80 prosenttia. Eniten ongelmakäyttäjiä oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä.

THL:n huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2010 tietojen mukaan päihdehuollon kaikkien huumeasiakkaiden joukossa ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä olivat opiaatit (59 %), stimulantit (13 %), kannabis (10 %), alkoholi (11 %), ja lääkkeet (6 %). Nämä tulokset heijastavat hoidon tarjontaa: opioidikorvaushoitoa on toistaiseksi olemassa vain opiaattien käyttäjille. Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä peräti kolmanneksella koko asiakaskunnasta. Vaikka ongelmaimpien huumeiden käyttäjien joukossa on henkilöitä, jotka käyttävät sekä amfetamiineja että opiaatteja, suomalaisen huumeiden käytön kova ydin on sekakäytössä, jossa keskeistä osaa näyttelevät kivunlievitykseen tarkoitettut opioidipohjaiset lääkeaineet ja rauhoittavat lääkeaineet (bentodiatsepiinit) sekä alkoholi ja kannabis.

Tutkimusten mukaan alkoholi on pääasiallinen ongelmapäihde Suomessa. Huumeiden ongelmakäyttö yhteiskunnallisena ongelmana on varsin tuore. Suomessa tyypillistä on ongelmakäyttäjien suhteellisen nuori ikä ja tästä johtuva suhteellisen lyhyt käyttöhistoria, vaikka käyttäjäkunta onkin selvästi vanhentunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Suomalaiselle erityinen piirre on myös buprenorfiinin keskeinen asema pistoskäytössä. Useat huumeiden käyttäjät ovat monella tavalla syrjäytyneitä ja heillä on päihdeongelmien lisäksi monia muita sekä sosiaalisia että terveyteen liittyviä ongelmia.

### 4.1 Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella

Huumeiden ongelmakäytön laajuutta on seurattu vuodesta 1997 lähtien viranomais-tilastojen perusteella tehtyjen tilastollisten arvioiden<sup>28</sup> perusteella. Arvion mukaan

<sup>28</sup> Ongelmakäyttäjien määrän arviointi perustuu tilastolliseen merkintä-takaisinpyynti-menetelmään (capture-recapture), jossa samasta kohdejoukosta otettujen otosten päällekkäisten tapausten perusteella voidaan arvioida tilastollisesti kohdejoukon kokoa. Otokset määriteltiin kohdejoukkoon (amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjät) kohdistuneiden interventtioiden avulla. Järjestelmän interventiot olivat henkilön hoito sairaalassa amfetamiini- tai opiaattidiagnoosin perusteella, henkilön kohdistuneet rikosoikeudelliset toimet amfetamiinin tai opiaatin käyttö- tai hallussapitorikoksen vuoksi, henkilön joutuminen kiinni ajaessaan autoa amfetamiinin tai opiaattien aiheuttamassa päihtymystilassa sekä tartuntatautirekisteristä suonensisäisen huumeiden käytön vuoksi kirjatut C-hepatiittitapaukset. Tuloksena esitetyt arvovälit perustuvat 95 prosentin luottamusväliin. Osaryhmiin on sovellettu erilaisia log-lineaarisia malleja, joten niiden summa ei ole sama kuin kokonaisarvio. (Partanen ym. 2004, 2007.)

15–54-vuotiaasta väestöstä koko maassa oli vuonna 2005 noin 14 500–19 100 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää. (Partanen ym. 2007.)

Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien<sup>29</sup> määrä lisääntyi selvästi vuodesta 1999 vuoteen 2002. Sen jälkeen amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien osuus on pysynyt samalla tasolla. Ongelmakäyttäjien selvän enemmistön, 75–80 prosenttia, muodostivat amfetamiinien ongelmakäyttäjät, joita vuonna 2005 oli 0,4–0,7 prosenttia Suomen 15–54-vuotiaasta väestöstä. Opiaattien ongelmakäyttäjää oli arvion mukaan 0,13–0,18 prosenttia väestöstä. Naisten osuus oli noin 20–30 prosenttia kummassakin aineryhmässä. Nuorten, 15–24-vuotiaiden osuus käyttäjistä oli noin 25–35 prosenttia, mutta he eivät olleet enää ikäryhmänä suurin käyttäjäryhmä, vaan 25–34-vuotiaiden osuus oli jo saavuttanut nuoremman ikäluokan osuuden. (Partanen ym. 2007.)

**Taulukko 4. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998–2005.**

	1998	1999	2001	2002	2005
<b>Kokonaisarvio</b>	0,4–0,55	0,4–0,5	0,5–0,6	0,55–0,75	0,52–0,69
<b>Amfetamiinien käyttäjät</b>	0,26–0,45	0,29–0,43	0,35–0,54	0,38–0,65	0,43–0,74
<b>Opiaattien käyttäjät</b>	0,06–0,09	0,09–0,11	0,14–0,17	0,15–0,21	0,13–0,18
<b>Miehet</b>	0,54–0,70	0,54–0,66	0,58–0,71	0,77–1,03	0,74–0,98
<b>Naiset</b>	0,20–0,58	0,14–0,24	0,20–0,31	0,29–0,57	0,20–0,31
<b>15–25-vuotiaat</b>	0,67–1,12	0,73–1,02	0,81–1,04	0,93–1,30	0,63–0,95
<b>26–35-vuotiaat</b>	0,51–0,71	0,46–0,59	0,64–0,82	0,74–1,13	0,68–0,94
<b>36–55-vuotiaat</b>	0,14–0,25	0,19–0,46	0,22–0,36	0,25–0,50	0,30–0,54

Lähde: Partanen ym. 2004, 2007.

Kaikista ongelmakäyttäjistä noin 50–60 prosenttia oli Etelä-Suomesta ja näistä selvästi yli puolet pääkaupunkiseudulta. Naisten osuus ongelmakäyttäjistä näytti

<sup>29</sup> Tutkimuksessa käytetyn kansallisen määritelmän mukaan ongelmakäytöllä tarkoitetaan amfetamiinien tai opiaattien käyttöä, joka on aiheuttanut käyttäjälle sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja. Lisäksi haitat ovat aiheuttaneet viranomaisen puuttumisen asiaan jollain tavalla, mikä käy ilmi viranomaisrekistereistä. Tutkimuksesta oli tarkoitus toteuttaa vuonna 2010 uusi arvio vuoden 2008 tiedoilla, mutta rekisteripöimintää analysoitaessa ilmeni, että rekisterijärjestelmien muutosten vuoksi saadut tulokset eivät olleet entisten tietojen kanssa vertailukelpoisia. Uudet arviot ongelmakäyttäjien määristä siirtyvät tämän vuoksi kahdella vuodella ja samalla arvioidaan uudestaan tietojen poimintaperustaa.

vähennemässä tasaisesti koko Suomessa, ehkä pääkaupunkiseutua lukuun ottamatta. Pääkaupunkiseudulla puolestaan näkyi selvimmin käyttäjäjoukon ikääntymiskehitys. Vuoden 2005 tietojen valossa näytti mahdolliselta, että huumausaineongelma keskittyisi tulevaisuudessa pääkaupunkiseudulle ja ehkä muutaman suurimman kaupungin alueille, joihin keskittyisivät myös erityiset hoitopalvelut (opioidikorvaushoito, terveysneuvonta). (Partanen ym. 2007.)

## 4.2 Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan

Toinen huumeaalto 2000-luvun vaihteessa näkyi Suomessa muun muassa heroiinin yliannostuskuolemina. Ongelmakäyttöä epäsuorasti heijastavissa huumausaine-kuolematilastoissa buprenorfiini on ollut heroiinia yleisempi löydös vuodesta 2002. Oikeuslääketieteellisissä ruumiinavauksissa buprenorfiinilöydösten määrä on kasvanut vuosittain 2000-luvulla vuoden 2000 alle 10 tapauksesta 156 tapaukseen vuonna 2010. Toisaalta samana ajan jaksena myös kannabis- ja amfetamiini löydösten määrä on lisääntynyt puolella, yli sataan tapaukseen vuodessa. Heroiinkuolemien samoin kuin kokaiinikuolemien määrä on pysynyt koko aikavälin muutamissa tapauksissa vuosittain.<sup>30</sup>

Lääkeopioideihin liittyvien hoitajaksojen suhteellinen osuuden kasvu näkyy selvästi hoitoa käsittelevissä tilastoissa. Huumehoidon tiedonkeruun aineistosta jo 74 prosentilla on ongelmallista lääkeopidien käyttöä (ks. kuvio 5).

Sairaaloissa 2000-luvulla huumeiden käyttöön<sup>31</sup> liittyvien hoitovuorokausien määrä on kaiken kaikkiaan hieman vähentynyt, mutta opiaattien käyttöön liittyvien hoitovuorokausien suhteellinen osuus on kaksinkertaistunut (kuvio 4). Korvaushoitoon liittyväksi hoidoksi kirjattujen hoitovuorokausien määrä on selvästi kasvussa, kun taas muuhun opiaattienkäyttöön liittyvien hoitajaksojen määrässä on suurta vuosittaista vaihtelua, mutta ei selvästi kasvavaa trendiä.

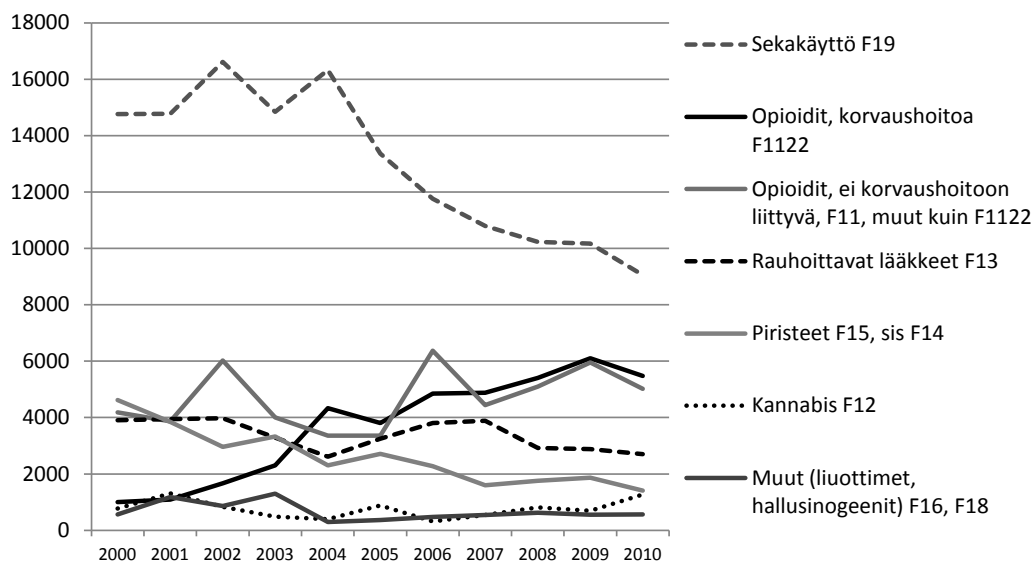
Muiden huumeiden osalta sairaaloiden hoitovuorokausien määrä on vähentynyt, mutta niiden suhteellinen osuus on pysynyt melko vakaalla tasolla. Poikkeuksena on stimulanttien (amfetamiini ja kokaiini) hoitovuorokaudet, joiden osuus on kymmenessä vuodessa jonkin verran vähentynyt<sup>32</sup>.

<sup>30</sup> Ks. alaluku 6.3: Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus.

<sup>31</sup> Kattaa kaiken terveydenhuollon ympärivuorokautisen hoidon kun päädiagnoosina F11–F16 tai F18–19 (ICD-10 luokittelu). Myrkytystapaukset on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. On tärkeää huomata, että sairaaloiden hoito on vain osa kaikesta huumehoidosta. Muu, sosiaalihuollon järjestämä avo- tai laitoshoido on luonteeltaan kuntouttavampaa, eikä nojaudu yhtä merkittävästi lääkehoitoon. Onkin luonnollista, että opiaattien käyttäjiä on suhteessa enemmän terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon järjestämässä hoidossa.

<sup>32</sup> Stimulanttien osuus hoito vuorokausista oli 2000–2011 keskimäärin 14 % ja 2009–2010 keskimäärin 6 %.

# Huumeiden ongelmakäyttö



**Kuvio 5. Hoitovuorokausia sairaaloissa 2000–2010 jaoteltuna päädiagnoosin huumausaineen mukaan.**

Lähteet: Terveydenhuollon laitoshoido. SVT, THL.

Sairastavuustilastointitutkimuksessa<sup>33</sup> huumeiden käytön aiheuttamien käyttäytymishäiriöiden ja elimellisten aivo-oireyhtymien ikävakioitu esiintyvyys oli vuonna 2009 miehillä 16,5/10 000 ja naisilla 8,1/10 000. Miehillä esiintyvyys oli noin kaksinkertainen naisiin nähden. Absoluuttiset lukumäärät olivat 4 141 (miehet) ja 2 071 (naiset). Huumeiden aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymisen häiriöiden ikävakioitu esiintyvyys kasvoi vuosina 2005–2009 sekä miehillä että naisilla lähes neljänneksen (Gissler ym. 2012).

Edellä esitetystä huolimatta on epäselvää missä määrin huumeiden ongelmakäyttö on lisääntynyt 2000-luvulla, jos ollenkaan. Samoin on epäselvää, onko opiattien käytön osuus kasvanut. Korvaushoitoasiakkaiden määrä on moninkertaistunut ja sekä ongelmakäyttäjät että hoitohenkilökunta ovat hyvin tietoisia opiaattiriippuvuuteen tarjolla olevasta hoidosta. Toisaalta opiaattien ongelmakäyttäjät ovat myös todennäköisemmin päihdehuollon asiakkaita kuin muiden huumausaineiden käyttäjät. Opiaattien käyttö indikoi usein myös selvästä hoidon tarpeesta: erilaisten huumeiden sekakäyttö on jatkunut jo vuosia ja käyttö tapahtuu usein pistämällä. Myös opiaattien vieroitusoireita on mahdollista lääkittää tehokkaammin kuin muista huumausaineista vieroittautumista. Onkin hyvä, että opiaattien käyttöön annetaan aiempaa

<sup>33</sup> Tutkimuksessa yhdistettiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin sekä Kelan vammaisuusrekisterin tiedot. Tutkimus käsitteli kaikkia huumeidiagnooseja F11-F16, F18, F19. Tutkimus keskitetty terveydenhuollon sairaaloihin, koska sosiaalihuollon laitokset eivät juuri käytä ICD-10 koodeja ja päihdehuollon avohuolto ei ollut mukana tutkimuksessa.

enemmän hoitoa. Epäselvää kuitenkin on, onko vastaavasti huumeiden käyttäjien hoitoon pääsy hankaloitunut. (Forsell 2012a.)

### Huumehoidon tiedonkeruu

THL:n vuosittaisen huumehoidon tiedonkeruun<sup>34</sup> huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (67 %) ja valtaosin 20–35-vuotiaita (67 %). Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys yleistä (61 %). Joka kymmenes (10 %) oli asunnoton. Pistämällä huumeita oli joskus käyttänyt 77 prosenttia asiakkaista. (Forsell 2012a.)

Opiaatit olivat ensisijainen ongelmapäihde 59 prosentille tiedonkeruun asiakkaista. Kaiken kaikkiaan 74 prosentilla huumeasiakkaista oli opiaattien ongelmallista käyttöä. Viime vuosina lähes kaikki opiaattien käyttö Suomessa on ollut synteettisten, lääkeopioidien käyttöä. Näistä lääkeopioideista kahta, buprenorfiinia ja metadonia, käytetään sekä päihteenä että vierotus- tai korvaushoitolääkkeenä. Asianmukainen opioidikorvaushoitolääkkeen käyttö tapahtuu lääkärin ohjeiden mukaisesti nielemällä, päihdekäytölle on tyypillistä pistoskäyttö ja muiden päihteiden sekakäyttö. (Forsell 2012a.)

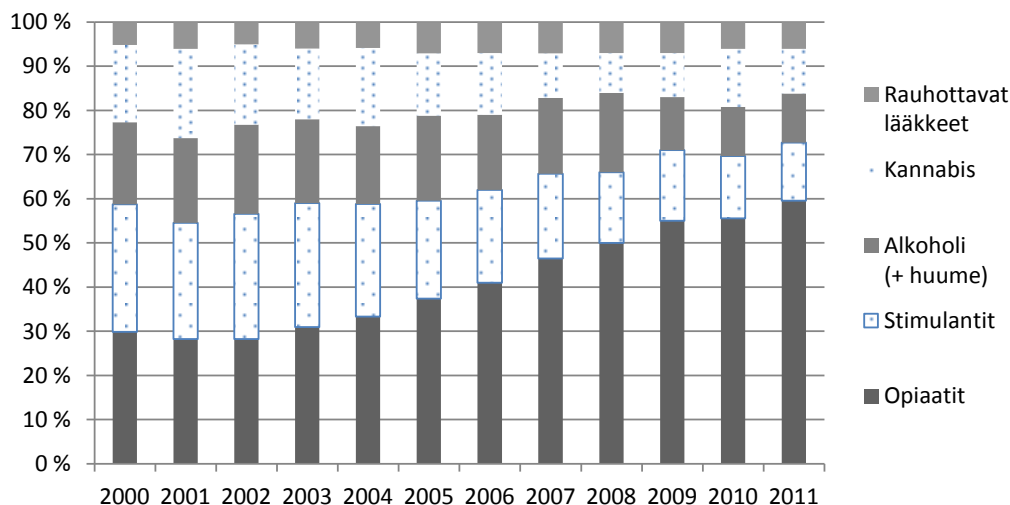
Buprenorfiini on selvästi eniten käytetty yksittäinen opiaatti myös päihdekäytössä (vähintään 74 % kaikista opiaateista). Muita yksittäisiä aineita mainittiin ja käytettiin satunnaisesti<sup>35</sup>: heroiini ja muut unikonkukasta valmistetut aineet (9 %), tramadoli 4 %, oksikodoni 4 %, kodeiinivalmisteet 3 %, fentanyl 1 %. Metadonin päihdekäyttöä (1 %) ilmoitettiin vähemmän kuin buprenorfiinin ja naloksiinin yhdiste valmisteen päihdekäyttöä (5 %). (Forsell 2012a.)

Buprenorfiinin ensisijaiseksi ongelmapäihdeekseen maininneista peräti 86 prosenttia käytti ainetta pääosin pistämällä. Edellisen kuukauden aikana pistoskäyttöä oli 69 prosentilla ja 44 prosenttia buprenorfiiniongelmista käytti ainetta päivittäin. (Forsell 2012a.)

Vuodesta 2002 aineistoissa ovat kasvattaneet osuuttaan asiakkaat, joilla opiaatit ovat ensisijainen ongelmapäihde (kuvio 5). Kuten edellä todettu, on kuitenkin epäselvää onko opiaattien käyttö varsinaisesti kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Opiaattien ongelmakäyttäjät ovat todennäköisemmin päihdehuollon asiakkaita kuin muiden huumausaineiden käyttäjät ja opioidikorvaushoitiasiakkaiden määrä on moninkertaistunut kymmenessä vuodessa. (Forsell 2012a.)

<sup>34</sup>Päihdehuollon huumeasiakkaat -tilastoraportti pohjautuu huumehoidon erillistiedonkeruun tietoihin. Vuonna 2011 tiedonkeruuseen osallistui 74 huumehoitoyksikköä ja tietoja toimitettiin 2 527 asiakkaasta. Tiedonkeruu on vapaaehtoinen yksiköille eikä sisällä asiakkaan tunnistetietoja. Tiedonkeruu kattaa arvioilta kolmanneksen annetusta huumehoidosta. Tässä raportoidut luvut sisältävät myös hoidossa jatkavat asiakkaat, joten aineisto on EMCDDA:n Treatment Demand Indicator TDI protokollaa laajempi Suomen TDI luvut löytyvät <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tDI>.

<sup>35</sup>Tiedonkeruussa kysytään hoitoon hakeutumiseen johtaneita päihteitä. Hoitosuhde voi kestää (erityisesti opioidikorvaushoitiasiakkailta) vuosia, jolloin alkuperäistä hoitoon tuloon johtanutta päihdettä ei mahdollisesti enää väärinkäytetä lainkaan. Esimerkiksi korvaushoitiasiakkaista 7 prosenttia ilmoitti ensisijaiseksi ongelmapäihdeekseen heroiinin. Näistä asiakkaista kuitenkin 69 prosenttia ei ole käyttänyt ainetta edellisen kuukauden aikana, joten heroiinin käyttö on saattanut tapahtua vuosia sitten. Säännöllistä ja jatkuvaa heroiinin käyttöä ei Suomessa käytännössä ollut vuonna 2011.



**Kuvio 6. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2011, %.**

Lähde: Huumehoidon tietojärjestelmä, THL.

Päihteiden sekakäyttö oli yleistä. Päihdehoitoon hakeutuessaan yli puolet (57 %) asiakkaita kertoi käyttäneensä ongelmallisesti vähintään kolmea eri päihdettä. Ne asiakkaat, jotka käyttivät opiaatteja, mutta eivät olleet korvaushoidossa, mainitsivat keskimäärin 3,2 ongelmapäihdettä, opiaattikorvaushoidossa olevat keskimäärin 2,8 ongelmapäihdettä ja ne joilla ei ollut lainkaan opiaattien väärinkäyttöä 2,3 ongelmapäihdettä.

Rauhoittavat lääkkeet mainittiin selvästi enemmän oheispäihteenä kuin ensisijaisena ongelmapäihteenä. Lääkkeiden väärinkäyttö on 90 prosenttisesti bentsodiatsepiinien väärinkäyttöä. Barbituraattien (unilääkkeet) väärinkäyttöä oli yhdeksän prosenttia ja pregabaliinin vain alle kaksi prosenttia. (Forsell 2012a.)

Stimulanttien käyttö oli pääasiassa amfetamiinien käyttöä. Jonkin verran oheispäihteenä mainittiin kokaiinia (7 % kaikista stimulanteista) ja ekstaasia (6 % kaikista stimulanteista). Huumemarkkinoilla yleistyneet metamfetamiini (2 %) ja MDPV (2 %) eivät yksittäisinä aineina olleet merkittäviä ongelmapäihdeitä. (Forsell 2012a.)

Niistä asiakkaista, jotka hakeutuivat hoitoon ensisijaisesti stimulanttien ongelmakäytön takia vain kymmenys (10 %) käytti stimulanttia päivittäin ja 45 prosenttia ei ollut käyttänyt kyseisiä aineita edellisen kuukauden aikana. Päinvastoin rauhoittavien lääkkeiden väärinkäytön vuoksi hoitoon hakeutuneet taas käyttivät aineita valtaosin päivittäin (57 %) ja viidennes (16 %) ei ollut käyttänyt kyseisiä aineita edellisen kuukauden aikana. Toisaalta stimulantteja käytettiin pääosin (76 %) pistämällä, kun taas rauhoittavat lääkkeet nieltiin (91 %). (Forsell 2012a.)

Kannabis oli yleisin (31 %) hoitoon hakeutumiseen johtanut päihde niille päihdehuollon huumeasiakkaille, joilla ei ollut opiaattien ongelmakäyttöä. Ensisijaisesti kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus korostui voimakkaasti nuorimmissa ikäryhmissä. Alle 20-vuotiailla se oli yleisin hoitoon hakeutumiseen johtanut ongelmapäihde (41 %). Kaikista kannabiksen ensisijaiseksi päihdeeksi maininneista lähes joka toisella (42 %) myös alkoholin käyttö oli ongelmallista. Kolmanneksella (31 %) ei ollut muita ongelmapäihteitä. (Forsell 2012a.)

### 4.3 Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan

#### Helsinkiläiset huumeiden ongelmakäyttäjät

Vuoden 2009 lopulla tehtiin tutkimus ongelmaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien käyttämistä päihteistä, niiden käyttötavoista ja hankinnasta.<sup>36</sup> Kriteerinä oli, että tutkimuksessa haastateltavien tulisi olla aktiivikäyttäjiä, mutta mukaan kelpuutettiin myös sellaisia henkilöitä, joiden aktiivisesta huumeiden käytöstä oli kulunut yli kuukausi. Kaikkiaan sadasta haastatellusta 71 oli miehiä ja 29 naisia, opioidikorvaushoidossa oli 23 henkilöä, joista miehiä 20. Haastateltujen keski-ikä oli noin 29 vuotta. Naisista kuitenkin enemmän kuin kaksi kolmesta oli alle 28-vuotiaita, kun taas miehistä vastaava osuus oli alle kolmannes. Aineiston opioidikorvaushoitopotilaat olivat keskimäärin vanhempia (keski-ikä noin 32 vuotta) kuin muut haastatellut. Yli puolella haastatelluista ei ollut haastatteluajankohtana vakituista kumppania. (Tammi ym. 2011.)

Haastatellut olivat korostuneesti huono-osaisia. Haastatelluista valtaosa (79 %) oli haastatteluhetkellä työttömänä, kolme neljästä suorittanut vain peruskoulun ja korkein koulutus oli ammattikoulu tai lukio. Oma tai vuokra-asunto oli yli puolella haastatelluista, mutta neljännes asui asuntolassa tai oli kokonaan asunnoton. Kolme neljästä vastaajasta ilmoitti pääasialliseksi tulonlähteekseen sosiaaliturvan ja lähes joka kuudennen päätulonlähteenä oli huumekauppa tai muu laiton toiminta – sen sijaan kenenkään päätulonlähteenä ei ollut kerjääminen tai prostituutio. Kahdella kolmesta haastatellusta oli poliisin kanssa ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana ongelmia useammin kuin kerran. (Tammi ym. 2011.)

Kaikkien haastateltujen säännöllisen huumeiden käytön keston keskiarvo oli 13 vuotta – lyhin kestoura oli kestänyt kolme ja pisin 35 vuotta. Opioidikorvaushoidos-

<sup>36</sup> Tutkimus oli strukturoitu haastattelututkimus, johon osallistujat (100 henkilöä) rekrytoitiin vuoden 2009 lopulla huumeiden käyttäjille tarkoitettujen anonyymien terveysneuvontapisteiden (ruiskujen ja neulojen vaihtopisteiden) kautta (67 henkilöä), käyttäjien tuttavaverkoston vertaistukihaastatteluista (20 henkilöä) ja kahden haittoja vähentävää korvaushoitoa tarjoavan avohoitoklinikan potilaista (15 henkilöä). Haastattelijoita oli ohjattu lähestymään erityisesti naiskäyttäjiä ja maahanmuuttajia, jotta myös heitä saataisiin riittävästi mukaan aineistoon. Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Kaksi haastatteluista hylättiin lopullisesta aineistosta epäluotettavina. Aineistosta analysoitiin vain tilastollisesti merkittävät erot ja käytetyt tilastolliset testit olivat Fisherin eksakti testi, Khi-2-testi ja varianssianalyysissä t-testi. Tutkimus on osa yhteiseurooppalaisia Quaf2-hanketta. (Tammi ym. 2011)

sa olleet olivat käyttäneet aineita keskimääräistä kauemmin, keskimäärin 17 vuotta. Suurin osa käyttäjistä oli aloittanut käyttönsä niin sanotun Suomen toisen huumeaal-lon aikana 1990-luvun puolivälin jälkeen. Yleisimmin viimeksi kuluneen kuukauden aikana käytettyjä aineita olivat opioidit (joita käytti 88 vastaajaa), bentsodiatsepiinit (81), alkoholi ja kannabis (73) ja amfetamiinit (66). Opioideista käytetyin aine oli Subutex-muodossa oleva buprenorfiini (60), toiseksi entinen käytetyin buprenorfiini-naloksoni (Suboxone) yhdistelmä (39) ja kolmanneksi metadoni (14). Suonen-sisäisesti Subutexia käytti yli 90 prosenttia haastatelluista ja vastaavaan lukuun pääs-tään myös Suboxonen ja metadonin osalta, kun käyttäjäkunnasta suljetaan pois opi-oidikorvaushoidossa olevat. Erityisesti alle 28-vuotiaat olivat pistäneet Suboxonea. Myös amfetamiinia, metamfetamiinia ja MDPV:tä käytettiin yli 90 prosenttisesti suonensisäisesti. Kaikkiaan 26 vastaajaa kertoi käyttäneensä kuukauden aikana MDPV:tä. (Tammi ym. 2011.)

Bentsodiatsepiinejä edellisen kuukauden aikana käyttäneistä lähes puolet (39/81) oli käyttänyt niitä päivittäin. Puolessa tapauksista bentsodiatsepiinit oli hankittu lääkäriltä ja noin joka neljännessä tapauksessa laittomilta markkinoilta. Opioideja viimeisen kuukauden aikana käyttäneistä neljä viidestä (74/88) käytti aineita päivit-täin. Näistä 23 oli opioidikorvaushoidossa. Viimeisen kuukauden aikana Subutexia oli käyttänyt päivittäin lähes puolet ainetta käyttäneistä (29/60) ja kaikkiaan yli 80 prosenttia vähintään joka toinen päivä. Neljä viidestä Subutexin käyttäjästä oli hankkinut aineen laittomilta markkinoilta. Yli puolet Suboxonen käyttäjistä oli hankkinut sitä laittomilta markkinoilta. Amfetamiinin käyttö oli jaksottaisempaa, sillä niistä 56 vastaajasta, jotka kertoivat käyttäneensä amfetamiinia viimeisen kuu-kauden aikana, vain kahdeksan oli käyttänyt sitä päivittäin, ja 17 vähintään joka toinen päivä. (Tammi ym. 2011.)

Käyttäjän iän osalta aineprofiileissa havaittiin eräitä tilastollisesti merkitseviä eroja: Alle 30-vuotiailla bentsodiatsepiinien käyttö oli yleisempää kuin tätä van-hemmilla vastaajilla, kun taas vanhemmassa ryhmässä oli enemmän sellaisia amfe-tamiinien käyttäjiä, jotka eivät olleet käyttäneet ainetta viimeisen kuukauden aikana kertaakaan. Miehet olivat käyttäneet viimeisen kuukauden aikana naisia useammin kaikkien muiden päihderyhmien pähteitä paitsi amfetamiinia. Tutkimusaineiston opioidikorvaushoitopotilaat käyttivät yhtä yleisesti alkoholia, bentsodiatsepiinejä ja kannabista kuin muut vastaajat, mutta harvemmin amfetamiineja. Itse hankittuja opiaatteja oli opioidikorvaushoitopotilaista käyttänyt hoidon aikana yhtä lukuun ottamatta kaikki. (Tammi ym. 2011.)

Tutkimuksen yhtenä keskeisenä tuloksena arvioitiin myös sekakäytön muotoja. Vaikka tutkimuksen tulosta ei voi otoksen perusteella yleistää liikaa, voidaan päätel-lä, että ongelmallisimpien huumeiden käyttäjien joukossa on henkilöitä, jotka käyttä-vät sekä amfetamiineja että opioideja, mutta tavallisinta kuitenkin on sekakäyttö, jossa keskeistä osaa näyttelevät kivunlievitykseen tarkoitetut opioidipohjaiset lääke-aineet ja rauhoittavat lääkeaineet (bentsodiatsepiinit) sekä alkoholi ja kannabis. (Tammi ym. 2011.)



## Huumeiden käyttö liikenteessä

Huumerattijuopoista tehdyn rekisteritutkimuksen<sup>37</sup> mukaan yleisimmät ainelöydökset huumerattijuoppojen veri- tai virtsanäytteissä olivat bentsodiatsepiinit sekä amfetamiinit. Tutkimus osoitti myös sekakäytön yleisyyden epäillyillä huumerattijuopoil- la. Tärkeäksi nähtiin, että huumerattijuopoil- le järjestettäisiin hoitoa ja kuntoutusta tuomio- ja rangaistusvaihtoehtojen rinnalla, koska huumerattijuopumuksesta kiinni- jääminen voisi olla hyvä ajankohta päihteiden väärinkäyttäjien tavoittamiselle ja hoitoonohjaukselle. (Karjalainen ym. 2010.)

## Yhteiskunnalliset käsityksen huumeiden ongelmakäytöstä

Huumeiden ongelmakäyttöön puuttumiseen vaikuttavat myös yhteiskunnalliset käsi- tykset ongelmakäytöstä. Päihderiippuvuus- sekä ongelmakäyttöilmiön (addiction) määrittelyn muutosta lehdistössä vuosina 1968–2006 on analysoitu Suomen laajale- vikkisimmän sanomalehden artikkelien pohjalta.<sup>38</sup> Tulosten mukaan 40 vuoden ajan- jaksoa kuvaa neljä kehityssuuntaa: ilmiöön liittyvien kirjoitusten määrän lisääntymi- nen, ilmiökentän laajeneminen alkoholista hyvinkin erilaiseen poikkeavaan käyttäy- tymiseen ja samalla ennen marginaalisen ilmiön normalisoituminen sekä yhteiskun- nallisten selitysmallien muuttuminen yksilötarinoiksi.

Tarkasteltuna ajanjaksona ilmiötä kuvaavien artikkelien vuosittainen määrä näyt- täisi tutkimuksen perusteella kaksinkertaistuneen. Vielä 1970- ja 1980-luvuilla ilmiö kohdentui tiettyyn ihmisryhmään, jolla oli ongelmia, jonkin tietyn käyttäytymisilmi- ön, useimmin aineen (alkoholi, huumausaineet), kanssa. Tällöin ongelmallisuus liitettiin ryhmän sosiaalisen aseman ongelmiin, eikä ilmiötä näin tarkasteltu ryhmää laajemman tason ilmiönä. Sen sijaan 1990-luvulta lähtien riippuvuusilmiö on liitetty hyvinkin erilaisiin ilmiöihin (työ-, peli-, TV- ja nettiriippuvuus, syömishäiriöt, jne.) siten, että ilmiöiden kohdejoukko yhteensä kattaa jo suuren osan väestöstä. Ongel- makenttä arkipäiväistyy, kun se koskettaa eri riippuvuuden ulottuvuuksilla yhä laa- jempaa väestönosaa. Samalla ilmiön kytkeytyminen ryhmän sosiaaliseen asemaan on heikentynyt ja eri riippuvuuden osa-alueet kytketään entistä laajemmin yksilö- kohtaisiin ongelmiin – mikä heijastuu myös ongelma-ilmiöiden hoidossa, erityisesti hoidon medikalisoitumisessa. (Hellman 2009; 2010.)

<sup>37</sup> Tutkimuksen kohteena olivat poliisin v. 1977–2007 kiinniottamat, huumerattijuopumuksesta epäillyt kuljet- tajat (epäiltyjä huumerattijuopumustapauksia ajanjaksolla yhteensä 31 963).

<sup>38</sup> Tutkimus perustuu Helsingin Sanomien artikkeleihin, joissa käsitteellä riippuvuus (”addiction”) viitataan ”ongelmalliseen ja jatkuvasti toistuvaan käytöstapaan, jota yksilö kykenee kontrolloimaan huonosti” tai käsit- teisiin ”alkoholismi”, ”ongelmakäyttö”, ”bulimia” tms. tai näiden ongelmien hoitoon. Tekstit on valittu parilli- sina vuosina kolmen saman viikon ajalta. Kaikkiaan tekstejä oli ajanjaksona 1968–2006 yhteensä 200. Kym- menen vuoden ajanjaksoina tekstien määrä vaihteli seuraavasti: 49 tekstiä (1968–1978), 26 (1980–1988), 63 (1990–1998), 62 (2000–2006). Aineisto analysoitiin sisällön analyysin menetelmällä. 1990-luvulta asti ajan Helsingin sanomien päivittäisleikki on ollut 400 000–500 000 kappaletta. (Hellman 2009.)

## Huumeiden käytön haitat läheisille

Yhteispohjoismaisessa tutkimuksessa arvioitiin laittomien huumeiden käytön haittoja läheisille eri maissa kysymällä vastaajilta heidän omia kokemuksiaan lähipiirissä olevista huumeiden käyttäjistä, heidän aiheuttamista haitoistaan ja vastaajien halusta auttaa lähipiirin huumeongelmaisia.<sup>39</sup> Tutkimuksen mukaan helsinkiläiset vastaajat poikkesivat muista pohjoismaisista vastaajista siinä, että heidän henkilökohtaiset kokemuksensa huumeiden käyttäjistä lähipiirissä olivat muita pääkaupunkilaisia vähäisempiä. Helsingissä huolta lähipiirissä henkilökohtaisesti tuntemastaan huumeongelmaisesta oli kokenut joskus 45 prosenttia (viimeisen vuoden aikana 12 %) asukkaista, kun muissa Pohjoismaiden pääkaupungeissa luku oli 56–67 prosenttia (22–28 %). Tutkijat selittivät eroa Suomen lyhyemmällä huumehistorialla (suhteessa erityisesti Tanskaan), vähäisemmällä kovien huumeiden käyttäjien määrällä (suhteessa Tanskaan ja Norjaan) ja lyhyemmällä kovien huumeiden käyttöhistorialla (suhteessa kaikkiin muihin Pohjoismaihin). Vastaavasti Helsingissä tunnettiin myös vähemmän joskus elämänsä aikana huumehoitoa saaneita, mutta erot eivät olleet enää merkittävät, kun arvioitiin tuttavapiirissä viimeisen vuoden aikana huumehoitoa tunteneiden osuutta. (Melberg ym. 2011.)

Huumeiden ongelmakäyttäjiiä tuntevien käsitys huumeongelman ongelmallisuudesta vaihteli myös selvästi Helsingin ja muiden Pohjoismaiden pääkaupunkien välillä. Helsingissä 30 prosenttia oli kokenut väkivallan pelkoa tuntemiensa henkilöiden huumeiden käytön vuoksi elinaikanaan (9 % viimeisen vuoden aikana), kun muissa Pohjoismaissa 20–23 prosenttia oli kokenut pelkoa elinaikanaan (5–7 % viimeisen vuoden aikana). Vastaavasti Helsingissä huumeiden käytön vuoksi 11 prosenttia oli joutunut turvautumaan joskus (3 % viimeisen vuoden aikana) poliisiin, kun vastaavat luvut muissa pohjoismaissa olivat elinaikana 4–6 prosenttia (ja viimeisen vuoden aikana 1 %). Myös tätä eroa tutkijat selittivät Helsingin osalta ilmiön vieraudella sekä toisaalta suomalaisen huume politiikan perinteisellä kontrollipainotteisuudella, joka heijastuu myös kansalaisten toimintamalleihin. Suuria eroja ei kuitenkaan maiden välillä ollut sen osalta, kuinka suuri osa ongelmakäyttäjiiä tuntevista oli pyrkinyt ohjaamaan tuntemansa henkilöt hoitoon heidän ongelmiansa vuoksi. (Melberg ym. 2011.)

Huumeiden käyttäjiiä tuntevien henkilöiden käsitykset haittojen määrästä itselleen poikkesivat toisistaan siten, että joskus koetut haitat osoittautuivat suurimmiksi maissa, joissa myös ongelmahistorialla oli pisin perinne. Viimeisen vuoden aikaisilla haittakokemuksilla ei ollut suurta eroa eri maiden välillä. Kaikissa kaupungeissa haittoja olivat enemmän kokeneet naiset ja henkilöt, jotka olivat kokeneet huumeon-

<sup>39</sup> Tutkimus toteutettiin edustavalla 3092 henkilön väestöotoksella eri Pohjoismaiden pääkaupungeissa. Otokseen valittiin yli 18-vuotiaisiin henkilöihin otettiin yhteyttä sähköpostitse ja he voivat vastata 34 kysymyksen kyselyyn anonyymisti web-pohjaisella vastauslomakkeella. Kyselyn vastausprosentti oli hieman yli 50 %. Osallistujakunta ei eronnut merkittävästi kansallisesta väestöjakaumasta sukupuolen, iän tai koulutuksen osalta – ainakaan Helsingin osalta. Aineiston analyysiin käytettiin ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia. (Melberg ym. 2011.)

gelman välittömässä lähipiirissään, esimerkiksi omassa perheessään. Eri maissa arvioitiin huumeongelman vakavuutta myös melko samalla tavalla, kun ongelma rinnastettiin muihin eri sairauksiin (esimerkiksi diabetekseen, astmaan, syöpään). Kaiken kaikkiaan henkilökohtaisesti koettujen huumehaittojen määrä Helsingissä osoittautui analyysissa yleensä hieman muita Pohjoismaita vähäisemmäksi. (Melberg ym. 2011.)

## 5 Huumehoito

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä siten, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää tarvetta. Päihteenä pidetään kaikkia päihtymistarkoituksessa käytettäviä aineita: alkoholia, korvikkeita, lääkkeitä ja huumeita. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä koostuu avohoidosta (A-klinikat, nuorisoasemat), lyhytaikaisesta laitoshoidosta (katkaisuhoidot), pidempiaikaisesta laitostuntoutuksesta ja tukipalveluista (päiväkeskukset, asumispalvelut ja tukiasunnot) sekä vertaistukitoiminnasta.

Päihdehuollon erityispalvelujen ohella entistä enemmän päihdeongelmaisia hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, joita ovat sosiaalitoimistot, lastensuojeluyksiköt, mielenterveystoimistot, terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat sekä psykiatriset sairaalat. Suomalaisessa järjestelmässä korostetaan, että pelkät hoitotoimet eivät ole useinkaan riittäviä, vaan päihdeongelmaista tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia.

Suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on hajautettu kunnille, mutta paikallishallinnolta puuttuvat sellaiset seurantajärjestelmät, jolla asiakasryhmäkohtaisia hyvinvointivajeita ja palvelutarpeita olisi mahdollista tunnistaa. Erityisesti huono-osaisimmilla päihdeasiakkaiden riski jäädä palveluverkon ulottumattomiin on kasvanut.

Päihdetyön kehittämistä varten on luotu päihdehuollon palvelujen laatusuosituks (STM 2002) ja käypä hoito -suositukset huumeongelmaisten hoitoon (Duodecim 2006). Huumehoitopalvelujen kehittämissuunnitelmassa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen.

Huumeiden käyttäjien lääkehoitojen lisääntymisen on väitetty aiheuttaneen ennen sosiaalisiksi ongelmiksi määriteltyjen päihdeongelmien medikalisoitumisen ja siirtymisen entistä enemmän terveydenhuollon piiriin. Opiaattiriippuvaisten opioidikorvaushoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin ja osin myös apteekkien vastuulle. Tämä ilmiö heijastaa painotuseroja psykososiaalisesti ja lääketieteellisesti suuntautuneen päihdehoitojärjestelmän välillä. Osasyynä siirtopyrkimyksille pidetään myös kuntien pyrkimystä siirtää säästösyistä palveluja erikoistason palveluista peruspalveluihin.

Päihdepalvelujärjestelmälle on myös haasteellista nähdä päihdeongelmat osana laajempia ongelmakokonaisuuksia, joihin kiinnittyvät niin mielenterveysongelmat, uudet hoidon tarpeet kuin yhä syvempi syrjäytymiskehitys.

## 5.1 Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät

Valtioneuvoston huumausainepolitiikkaa vuosina 2008–2011 koskevan periaatepäätöksen mukaan hoitopalveluja kehitetään ja hoidon tarjontaa lisätään, jotta kansalaiset saisivat yhdenvertaisesti tarvitsemansa palvelut. Huumeidenkäyttäjille tarjotaan monipuolisesti riippuvuuden luonteeseen sopivia erilaisia hoitovaihtoehtoja ja muun muassa opioidiriippuvaisten hoitoonpääsyä helpotetaan. Lisäksi tavoitteena on lisätä sellaista hoitoa, terveysneuvontaa ja tukea, jolla vähennetään huumeongelmiin liittyviä haittoja, kuten sairauksia, mielenterveysongelmia ja rikollisuutta. (Valtioneuvosto 2007a.)

### Hoitopalvelut

Suomessa päihdehoidon palvelut toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Päihdehuollon erityispalvelut sijoittuvat pääosin sosiaalihuollon puolelle. Päihdehuollon erityispalvelujen avohoito on asiakkaalle maksutonta. Laitoshoitoa ja asuinpalveluja varten asiakas tarvitsee yleensä maksusitoumuksen kotikuntansa sosiaalitoimistosta.

Käytännössä ongelmat päihdeongelmaisten hoidossa ilmenevät siinä, että asiakkaiden ongelmat ja palvelujärjestelmän tarjonta eivät aina kohtaa toisiaan. Hoitoon pääsyn kynnyksistä vaikeimmiksi osoittautuvat jonot palveluihin sekä peruspalveluissa tiedon ja taidon puute ja kielteiset asenteet päihdeongelmaisiin ja erityispalveluissa paikkojen fyysinen etäisyys. Yhtenä ratkaisuna erityisesti huumeiden käyttäjille on palveluohjaus, jolloin huumeiden ongelmakäyttäjälle tarjotaan henkilökohtaisempaa neuvontaa (ks. myös luku 8.2 Sosiaalinen kuntoutus).

#### *Päihdehuollon avohoito*

Huumeiden käyttäjille on tarjolla avohuollon erityispalveluita A-klinikoilla ja nuori-soasemilla. Palvelumuotoina voivat olla asiakkaan tarpeiden mukaan muun muassa psyykkisen ja somaattisen tilan kartoitus, neuvonta, yksilöterapia, perheterapia, ryhmäterapia, verkostotyö, avovieroitustyö tai korvaushoito. Hoito perustuu asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan. (Korteniemi 2011.)

#### *Katkaisu- tai vieroitushoito laitoksissa*

Katkaisu- tai vieroitushoito on ympärivuorokautista laitoshoitoa. Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti hoidon tarpeen mukaan. Hoidon tavoitteena on päihdekierteen katkaisu, vieroitusoireiden hoitaminen ja jatkohoidon suunnittelu. Kun fyysinen terveydentila on kohentunut, aloitetaan myös kuntouttava keskusteluapu. (Korteniemi 2011.)

*Kuntouttava laitoshoido*

Päihdehuollon kuntouttava laitoshoido on ympärivuorokautista pitempiaikaista laitoshoidoa. Kuntouttava laitoshoido on osa asiakkaan kokonaiskuntoutusta ja perustuu hoitosuunnitelmaan. Laitoshoido on suunniteltu avohoidoa tukevaksi hoitojaksoksi päihdeongelmallisille, joille avohuollon palvelut tai katkaisu laitoshoidossa eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia, tai joiden kuntoutuminen edellyttää väliaikaista irrottautumista normaalista elinympäristöstä. Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti. Kuntoutushoidon sisältö määrittyy yksilöllisesti hoitoa tarjoavan laitoksen hoitoideologian ja käytettyjen työmenetelmien mukaan. (Korteniemi 2011.)

*Päihdehuollon kuntouttavat asuinpalvelut*

Asumispalvelujen tavoitteena on asiakkaan asumisen turvaaminen sekä tukeminen päihdeettömyyteen ja ohjaaminen palvelujen piiriin. Kuntouttavaa asumista ovat tehostettu palveluasuminen (ympärivuorokautisesti valvottu), palveluasuminen, tukiasuminen (palvelutalon läheisyydessä, mahdollisuus saada apua palvelutalolta) ja tuettu asuminen (tuntiohjaus). Työmuotoihin voi kuulua ohjaus ja neuvonta arjen asioissa, rajojen asettaminen, asiakkaan sosiaalisten tukiverkostojen kartoittaminen ja vahvistaminen ja terveydenhoidon antaminen. Asumispalvelu perustuu asiakkaalle laadittavaan palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmaan. (Korteniemi 2011.)

*Erikoissairaanhoido huumeasiakkaille*

Huumehoitoa, jossa tähdätään huumeiden käytön tai lääkkeiden väärinkäytön lopettamiseen, vähentämiseen tai käytöstä aiheutuvien haittojen vähentämiseen annetaan myös sairaaloissa.

Somaattisia sairauksia, joiden taustalla on huumeiden käyttö, hoidetaan sekä ensiavussa että osastoilla. Esimerkiksi huumemyrkytys voidaan hoitaa joko päivystyskäynnissä tai hoito voi edellyttää useamman päivän osastotarkkailua. Terveydenhuollossa kirjataan sekä pää- että sivudiagnooseja, jolloin on mahdollista, että asiakkaan ensisijaisena diagnoosina olisi myrkytys ja toissijaisesti huumeaineiden sekakäyttö.

Varsinainen huumehoito annetaan psykiatrian poliklinikoilla ja osastoilla. Hoitoon hakeutuminen voi tapahtua esimerkiksi A-klinikan kautta erikoissairaanhoidon päihdeklinalle tai psykiatrianpäivystyksen kautta. Päihdeklinalat tekevät muun muassa korvaushoidon tarpeen arviot mikäli asiakkaalla on lisäksi jokin muu psykiatrinen sairaus.

*Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut*

Terveyskeskuksissa huumeiden käyttöön annettavaa hoitoa ovat muun muassa keskusteluapu päihdehoitajan kanssa, korvaushoido, vieroitushoido ja somaattisten sairauksien hoito. Sosiaalitoimi ja lastensuojelu tarjoavat keskusteluapua ja hoitoon ohjausta.

*Matalan kynnyksen palvelut*

Matalan kynnyksen palveluissa korotetaan, että asiakkaat voivat helposti ja seuraamuksia pelkäämättä hakeutua heille tarkoitettuihin palveluihin. Käsite on laajentunut ruiskujen ja neulojen vaihtopisteistä tarkoittamaan monenlaisia huono-osaisille tarkoitettuja palveluita, kuten ensisuoja, päiväkeskuksia ja yökahviloita. (Törmä 2009. Ks. myös myöhemmin luvussa Hoitotutkimus, Matalan kynnyksen toimintaa koskeva tutkimus.)

**Hoitomenetelmät**

Päihdetyön kehittämistä varten on päihdehuollon palvelujen laatusuosituksset (STM 2002) ja Käypä Hoito-suositus huumeongelmaisten hoitoon (Duodecim 2006). Uusi Käypä Hoito-suositus julkaistaan syksyllä 2012. Suosituksia on täydennetty alan lehdissä julkaistuilla hoitotutkimusta päivittävillä kokoama-artikkeleilla, joita on tehty muuntohuumeiden käytöstä epäiltyjen hoidosta (Lapatto-Reiniluoto ym. 2011), päihdepotilaan kohtaamisessa päivystyksessä (Salaspuro 2009) ja kannabiksen käyttäjän kohtaamisesta perusterveydenhuollossa (Tacke ym. 2011), päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittämisestä (Pajulo 2011), nuorten opioidikorvaushoidosta (Mikkonen ym. 2010) sekä ADHD:stä ja päihteistä (Niemelä ym. 2010). Opetustarkoitukseen on uusittu Sairaanhoidajan käsikirja vuonna 2010, jolloin sinne on päivitetty artikkelit muun muassa huumeiden käyttäjien tunnistamisesta, huumemyrkytyksen ja -vieroituksen hoidosta, ruiskuhuumeita käyttävän hoitoon ohjauksesta sekä päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikaisesta esiintymisestä (Mustajoki ym. toim. 2010).

*Opiattiiriippuvaisten hoito*

Opiattiiriippuvuuden tutkimuksellisesti vaikuttavin hoitomuoto on lääkkeellinen korvaushoito. (Duodecim 2006).

Korvaushoitoa voidaan antaa niille opioidiriippuvaisille asiakkaille, jotka eivät ole kenneet vieroittautumaan muiden vierotushoitojen avulla. Opioidiriippuvaisten lääkkeellisen korvaushoidon tavoitteena on kuntoutuminen ja päihteettömyys tai haittojen vähentäminen ja asiakkaan elämänlaadun parantaminen.

Suomessa on lähes 2 000 korvaushoitoasiakasta, joista buprenorfiinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen, Subuxonen osuus korvaushoidosta on noin 60 % ja metadonin vastaavasti noin 40 %. Yksistään buprenorfiinin, kauppanimeltään Subutex, käyttö korvaushoidossa rajoittuu kyselyn mukaan enää vain muutamiin yksittäistapauksiin. (MSD 2010) Korvaushoidon määrästä julkaistaan uusi selvitys loppuvuonna 2012.

Opioidikorvaushoidon aloittamista edeltää hoidon tarpeen arviointijakso, joka voidaan tehdä sekä avo- että laitoshoidossa. Useimmiten hoidon tarpeen arvio tai hoidon aloitus tehdään erikoistuneessa yksikössä esimerkiksi sairaalan päihdepsykiatriassa yksikössä, jonka jälkeen varsinainen hoito toteutetaan päihdehuollon

avopalveluista (esim. A-klinikka) tai terveyskeskuksesta. Lääkkeellistä korvaushoitoa koskevat hoitotakuun määrääjat (kiireettömissä tapauksissa hoidon tarpeen arviointi 3 vuorokaudessa, hoitoon pääsy 3 kuukaudessa ja erikoissairaalahoidossa hoidon tarpeen arviointi 3 viikossa ja hoitoon pääsy 6 kuukaudessa).

Lääkkeellisen hoidon saatavuuden parantamiseksi annettiin vuoden 2008 alussa uusi asetus opioidikorvaushoidosta. Asetuksen päämääränä oli tarkoituksenmukainen hoidon porrastus: vaativat potilaat hoidetaan erikoissairaanhoidossa, muut perustasolla ja pitkäaikainen hoito potilaan normaalielämän mahdollistavalla ja järjestelmän kannalta kustannustehokkaalla tasolla. Lisäksi asetus mahdollisti buprenorfiini-naloksoni yhdistelmälääkkeen apteekkijakelun. (STM 2009e.) Apteekkisopimukset muodostuivat kuitenkin ongelmalliseksi asiakkaan tietosuojan kannalta, sillä niiden tulkittiin muodostavan arkaluontoisen rekisterin, jonka käyttö sai tietosuojalautakunnan hyväksynnän vasta 2010 syksyllä – ja tällöinkin sidottuna yksilöllisiin potilaan hoito- ja vieroitus suunnitelmiin (Laine 2010).

Buprenorfiinia ja naloksonia sisältävä lääkevalmiste on rajoitetusti peruskorvattava lääke, jolloin asiakkaan on haettava myös Kelan korvausoikeus. Kela-korvaus on 42 prosenttia lääkkeen hinnasta. Korvauksen jälkeen asiakkaan maksettavaksi jää vuositasolla lähes 5 000 euroa. Mikäli lääke saadaan hoitopaikasta, on se asiakkaalle ilmainen.

Suurimpien kuntien korvaushoitoasiakkaista ( $n = 1\,010$ ) 20 prosenttia oli terveyskeskusasiakkaita ja viisi prosenttia apteekkijakelussa (Korteniemi 2011).

### *Hoito muiden huumeiden käyttäjille*

Käypä Hoito-suositus kattaa myös muiden huumausaineiden käytön hoidon (Duodecim 2006).

Amfetamiinin ongelmakäyttäjille on tarjolla lääkkeetöntä hoitoa sekä lyhytaikaisia katkaisuhoidopaikkoja. Osalla amfetamiinin ongelmakäyttäjistä on myös aika ajoin amfetamiinipsykooseihin liittyviä hoitojaksoja sairaaloiden psykiatrisilla osastoilla. Kannabiksen käytön vuoksi hoitoon hakeutuneille ei juurikaan ole eriytyneitä hoito-ohjelmia.

### **Hoitopalvelujen järjestäminen**

Päihdehuollon palveluita tuotetaan nykyisin hyvin eri tavoin: kunnan omana toimintana, kuntayhtymissä, päihdepalvelusäätiössä tai ostosopimuksilla muiden järjestöjen tai yksityisten yritysten kanssa. Esimerkiksi vuoden 2008 tietojen mukaan päihdehuollon avopalveluja aikuisille tuottavista A-klinikoista ( $n = 75$ ) oli kunnallisia 61 ja A-klinikkasäätiön ylläpitämiä 14. A-klinikkasäätiöllä on sopimus noin sadan kunnan päihdepalvelujen tuottamisesta. Päihdehuollon laitospalveluja tuottavia kuntayhtymiä (jäsenkuntia 24–71) on kolme. Laitos-, katkaisu- ja kuntoutusyksikköjen taustatahoina ovat useimmiten säätiöt, järjestöt tai yksityiset palvelujen tuottajat. (Kekki & Partanen 2008.)



Riikka Perälä on tehnyt tapaustutkimuksen kuntien sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä kuntien ja kristillisten päihdejärjestöjen yhteistyönä.<sup>40</sup> Yhteistyötä tehdään lähinnä liiketaloudesta lainattujen mallien, harvemmin kumppanuuden perusteella. Kilpailutuksen tilaaja–tuottaja-mallissa asiakas ei voi vaikuttaa palvelun sisältöön ja kustannustietoisuus ajaa usein laatutietoisuuden yli palveluja kehitettäessä. Vaikka uuden palvelukulttuurin toivotaan lisäävän verkottumista, vahvistavan kansalaisyhteiskuntaa ja tekevän palveluista paremmin kansalaisten tarpeita vastaavia, tutkimuksen tulosten perusteella kuva ei vastaa nykymallisuutta, vaikka esimerkkejä onnistuneesta yhteistyöstäkin ilmeni. (Perälä 2010.)

### Hoitopalvelujen kehitys

Huumeriippuvuuden hoitomuodoissa ja niiden taustaoletuksissa on Suomessa tapahtunut viisi oleellista muutosta viimeisen puolen vuosisadan aikana.<sup>41</sup> Huumehoitoa ja sen taustoja selvittäneen tutkimuksen mukaan huumehoito voidaan jakaa psykiatriseen vaiheeseen 1960-luvun lopulla, sosiaaliterapeuttiseen vaiheeseen 1970-luvun alussa, huumehoidon vähenemiseen 1975–1986, sosiaaliterapeuttisesta avohoidon perinteestä eriytyneiden huumehoidon vaiheeseen vuoden 1986 jälkeen sekä erikoistuneen huumehoidon ekspansioon 1990-luvun lopulta alkaen. Hoitomenetelmien osalta muutoksessa kyse oli ennen kaikkea terapeuttisen järjestyksen tavan muutoksesta: samalla kun huumeriippuvuus hoidon kohteena ymmärrettiin persoonallisuuden kehityksen häiriön sijaan vuorovaikutuksen, ajattelun ja toiminnan tasolla ilmeneväksi ongelmaksi, huumeriippuvuuden syiden etsimisestä siirryttiin entistä enemmän toimivien ratkaisujen painottamiseen. Entiseen kuriin ja oman (alkoholi)riippuvuuden tunnistamiseen perustuvien hoidon teknikoiden sijaan esiin nousivat yhteisöllinen teknologia ja itsehallinnan teknikat. Kuuliaisuuden ja sosiaalisen sopeutuvuuden tavoite sai rinnalleen asiakkaan aktiivisen osallistumisen painotuksen kun huumeriippuvuuden ala laajeni yksilön persoonasta ensin perheeseen ja sen vuorovaikutukseen ja sitten laajempiin väestönsosiin (nuoriso ja sen kapinointi). Tutkijan mukaan perheterapiassa ja terapeuttisissa yhteisöissä ratkaisukeskeisyydestä tuli vähitellen hoidon keskeinen osa. Kaiken kaikkiaan 1970-, 1980- ja 1990-lukuja luonnehti pyrkimys perustaa hoidot vapaaehtoisuudelle ja asiakkaiden osallistumiselle. Tästä huolimatta hoidossa pysymisen ongelmat säilyivät, sillä 1990-

<sup>40</sup> Tutkimuksen aineistona on syksyllä 2008 tehty 20 kunnan virkamiesten ja kuntien kanssa yhteistyötä tekevien kristillisten päihdetyön järjestöjen edustajan teemahaastattelut. Kuntia oli haastattelussa mukana kahdeksan, viisi suurta (yli 100 000 asukasta) ja kolme keskisuurta, ja niiden osalta haastateltiin järjestöyhteistyöstä vastaavia virkamiehiä. Järjestöistä haastateltiin 12 järjestön eri toimipisteiden toiminnasta vastannutta henkilöä. (Perälä 2010.)

<sup>41</sup> Tutkimuksen perusta muodostuu artikkeleista, jotka kerättiin viidestä eri lehdestä (Tiimi, Suomen lääkäri-lehti, Aikakauskirja Duodecim, Alkoholipolitiikka/Yhteiskuntapolitiikka, Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja), joista kaikki Tiimiä lukuun ottamatta julkaisevat myös referee-artikkeleita. Artikkelit olivat viideltä vuosikymmeneltä, 1965–2005. Tarkemman analyysin kohteena olivat hoitomenetelmiä, hoitoon liittyviä ongelma-kohtia ja toimenpide-ehdotuksia käsittelevät tekstit. Tekstejä analysoitiin Michel Foucaultin hallinnan analytiikan tutkimuskehikon valossa. (Selin 2010a; 2011a; 2011b.)

luvulle tultaessa huumeiden käyttäjät eivät kokeneet tarjolla olleita hoitoja omakseen. (Selin 2010a; 2011a; 2011b.)

Psykodynaamisen tiedon muodon rinnalle nousi jo 1990-luvulla kaksi uutta tiedon aluetta: behavioraalinen ja kognitiivinen psykologia, joista edellisen mukaan riippuvuudessa on enemmän kyse opitusta käyttäytymisestä kuin erityisestä identiteetistä. Jälkimmäinen malli puolestaan panostaa yksilön kykyä vaikuttaa itse riippuvuuskäyttäytymiselle altistaviin tekijöihin. Aivotutkimuksesta tukea saaneen opioidikorvaushoidon läpimurto puolestaan merkitsi lääketieteen kannalta, että tavoitteena ei enää ollut parantaminen, vaan ennen kaikkea huumeiden käyttöön liittyvä riskien hallinta. Varhaisempi psykodynaaminen teoria riippuvuudesta yhdistettynä epideemiseen näkökulmaan ei ollut mahdollistanut erityisten interventioiden suorittamista. Tiedon alueen avautuessa aivojen neurokemiaan ja huumeiden aiheuttamiin tartuntatauteihin myös spesifit, riskejä vähentävät toimet tulivat mahdollisiksi. Muutos mahdollisti hoitojen yhteiskunnallisen tehokkuuden seurannan, mikä nosti näyttöön perustuvan lääketieteen asemaa. (Selin 2010a; 2011a; 2011b.)

Vuoteen 2002 mennessä, opioidikorvaus- ja ylläpitohoitojen hyväksymisen myötä, opioidiriippuvaisten lääketieteellinen hoito oli muuttunut painopisteeltään täysin uudenlaiseksi ja lääketieteen rooli alkoi korostua. Riippuvuuden syyt jäivät vähitellen taustalle ja itsehallinnan tekniikoiden ja raittiutta edistävän itsesuhteen muovaamisesta tuli tärkeitä. Omien ajatusten ja psyykkisten ongelmien poiston sijaan kognitiivis-behavioraaliset terapiat pyrkivät haitallisten tapojen ja taitojen korvaamiseen uusilla ja paremmilla taidoilla, jotka ehkäisivät käytön uudelleen aloittamista. Muutoksella on pyritty korostamaan tarjottujen huumehoitojen ja huumeongelmaisten toiveiden ja halujen kohtaamista. Samalla esimerkiksi opiaattiriippuvuus täsmällisesti määriteltynä somaattisena sairautena on helpommin hallittavissa ja hoidossa pysyvyys paranee. Kuitenkaan opioidikorvaushoito sinänsä ei merkitse yksioikoisesti vapautumista hoitoon liittyvästä kontrollista ja siirtymää kohti eettisesti kestävää tapaa toteuttaa hoitoja, sillä myös opioidikorvaushoidoissa hyödynnetään laajasti hallinnan tekniikoita, joilla pyritään yhteiskunnallisesti sääntelemään ja normalisoimaan kehon tilaa. Samalla hoitojärjestelmä vaatii sen oman logiikan mukaan käyttäytymistä, ennustettavampaa ja pitkäjänteisempää asiakasta – mikä saattaa vaatia huumeriippuvaiselta juuri sellaista toimijuutta, jonka puute on hoidon tarpeen perustana. (Selin 2010a; 2011a; 2011b.)

### *Päihdehaittojen laitosmuotoinen kontrolli*

Laitosmuotoista päihdehoitoa ja päihdekontrollia koskevassa tutkimuksessa verrattiin vuosien 1985–2006 tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin ja vankeinhoiton päihdeasiakaskunnan välillä.<sup>42</sup> Aina 1990-luvun alun lamakauteen asti kuntout-

<sup>42</sup> Tutkimus perustui terveydenhuollon osalta päihdesairauksien vuodeosastohoitovuorokausiin, sosiaalihuollon osalta päihdehuollon erityispalvelujen katkaisu-, kuntoutus- ja asumispalveluvuorokausiin, poliisien osalta säilöönottotilastoihin ja vankiloiden osalta vuosina 1985 (n = 1099), 1992 (n = 325) ja 2006 (n = 711) tehtyihin terveystutkimuksiin ja haastatteluihin. (Obstbaum ym. 2011; Joukamaa ym., 2010.; ks. myös luvut 5.3. ja 9.4.)

tava sosiaalihuolto ja laitosten muotoiset hoitovuorokaudet lisääntyivät hyvinvointivaltion sosiaalisektorin rakennuskauden myötä. Tällöin korostuivat enemmän hoidon pehmeämmät arvot ja vähemmän pakkokeinot. Laman jälkeen päihdehuollon laitospaikkoja kuitenkin leikattiin rajusti, päihdekuntoutusvuorokaudet vähenivät sekä kontrolli lisääntyi – osin lisääntyneen huumeiden käytön myötä. Vankilarangaistusten määrää olivat kasvattaneet 2000-luvun puoleen väliin mennessä erityisesti pidettyneet huumerikostuomiot, rattijuopumustuomiot ja väkivaltarikostuomiot. Kun vielä 1985 päihdetaustaisia vankeja oli 45 prosenttia vangeista, heidän osuutensa oli kohonnut vuoteen 2006 mennessä 84 prosenttiin. Näin päihdehaittojen laitosten muotoisen kontrollin lisääntyminen vaikuttaisi tapahtuneen vahvimmin vankilassa, eli siellä missä kontrolli ja kuntoutus ovat kovinta ja laitospäivät kalleimpia. Tämä näyttäisi tukevan Suomen kahden raiteen päihdepolitiikan tulkintaa, jossa etenkin huumeiden käyttäjiin kohdistetaan yhtäältä kovempaa kontrollia samalla kun kehitetään varsinkin matalan kynnyksen palveluverkostoa huumeiden käyttäjille. (Obstbaum ym. 2011.)

## Hoitotutkimus

Erilaisia kuntoutumista käsitteleviä tutkimuksia on julkaistu viime vuosina runsaasti: yhteisöllisestä kuntoutuksesta (Prättö ym. 2009), Nimettömien Narkomaanien vertaistuesta (Kotovirta 2009), kuntoutujan osallisuudesta (Mattila-Aalto 2009) sekä opioidikorvaushoidon tuloksista (Vorma ym. 2009).

### *Matalan kynnyksen toimintaa koskeva tutkimus*

Tutkija Riikka Perälä selvitti väitöskirjassaan minkälaista apua huumeidenkäyttäjät saavat terveysneuvontapisteistä ja mikä merkitys toiminnalla huumeiden käyttöön liittyvien ongelmien hallinnassa.<sup>43</sup> Käyttäjät kokivat, että terveysneuvontapisteen toimintatavat olivat asiakaslähtöisiä. Asiakkaita kohdeltiin mahdollisimman kunnioittavasti ja nähtiin ”ihminen” huumeidenkäyttöön ja -käyttäjiin liittyvien stereotyyppien takana. Työntekijät olivat motivoituneita ja auttoivat huumeidenkäyttäjää hyvinkin erilaisissa eteen tulevissa ongelmissa. Asiakaslähtöisyydellä oli selkeästi positiivisia vaikutuksia huumeidenkäyttäjien arjen ja elämänhallintaa ajatellen. Tämä puolestaan sai käyttäjät kiinnittymään toimintaan ja tulemaan esimerkiksi vastaanottavaiseksi työntekijöiden tekemille erilaisille ehdotuksille. (Perälä 2012.)

Huumeiden käyttäjät kokivat saavansa terveysneuvontapisteestä tarvitsemaansa apua ja tukea. Sen sijaan suurin osa vallitsevista palvelu- ja hoitokäytännöistä oli terveysneuvontapisteen asiakkaiden mielestä lähinnä kontrolloivia, ei tukevia.

Tutkijan mielestä ”ihmisten välistä yhteyttä ja vuorovaikutusta korostava hoivan ulottuvuus on tällä hetkellä jäänyt liian vähäiselle huomiolle päihdehuollon suunta-

<sup>43</sup> Tutkimuksen aineisto kerättiin yhdestä Etelä-Suomen terveysneuvontapisteestä vuosien 2003–2007 aikana etnografista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineiston pääosan muodostavat pisteestä ja sen toiminnan liepeiltä tehdyt havainnointimuistiinpanot (yhteensä noin 200 sivua) ja asiakkaille tehty teemahaastattelut (n = 19 ja n = 20).

viivoista keskusteltaessa. Moni käyttäjä hakee kuitenkin palvelujärjestelmän piiristä usein kompensatiota rankoille elämäkokemuksilleen ja pettyy – jälleen kerran –, kun vastassa on viileää kohtelua.” (Perälä 2012.)

Haittojen vähentämisen politiikkaa suunniteltaessa ja kehitettäessä tulisi nostaa esiin politiikkaan sisältyvää sosiaalisempaa ulottuvuutta. Vaikka huumeiden käyttöön liittyikin vakava riippuvuus ja mahdollisesti myös rikollisuutta, niin huumeiden käyttö on usein merkki myös laajemmista psykologisista, sosiaalisista ja yhteiskunnallisista ongelmista, joita monen asiakkaan käyttö vaan heijasti. Terveysneuvontapisteessä nähtiin, että asiakkaat tulivat tai päätyivät heille, koska eivät saaneet apua muualta ongelmiinsa. Tämä johti terveysneuvontapisteissä kiireiseen ja monisyisiin ongelman selvittelyihin ja niiden eteenpäin ratkomiseen. (Perälä 2012.)

Anna Leppo on tutkinut väitöskirjassaan miten suomalaisen yhteiskunnan eri kentillä on reagoitu raskaudenaikaiseen alkoholin ja huumeiden käyttöön liitettyihin riskeihin. Tutkimuksessa analysoidaan 1) raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisesta hoidosta käytyä yhteiskunnallista keskustelua ja raskaudenaikaisesta alkoholin käytöstä annettuja viranomaissuosituksia, 2) ammattilaisten ja raskaana olevien naisten kohtaamia päihdetyöhön erikoistuneella äitiyspoliklinikalla ja 3) raskausaikana huumeita käyttäneiden naisten omia käsityksiä käyttöön liittyvistä riskeistä. (Leppo 2012.)

Tutkimuksessa osoitetaan erilaisiin tekstiaineistoihin nojaten, että asiantuntija-keskusteluissa sikiön terveyden vaaliminen on noussut yhä keskeisemmäksi arvoksi: riskejä pyritään välttämään aiempaa tiukemmin esimerkiksi suosittelemalla raskaana oleville naisille raittiutta. Sikiön alkoholivaurioita koskevassa keskustelussa alettiin 1990-luvun aikana nostaa esiin sikiön oikeuksia ja samanaikaisesti luotiin negatiivisia mielikuvia raskaana olevasta päihdeongelmaisesta naisesta sekä vaadittiin häneen kohdistuvia pakkotoimia. Äitiyshuollon arkisia käytäntöjä tarkastelemalla tutkimuksessa kuvataan ammattilaisten ristiriitaista roolia huumeongelmaisten odottajien kohtaamisessa: työn tavoite on suojella sikiötä ja saada äiti lopettamaan päihteyden käyttäminen nopeasti, mutta toimivan hoitosuhteen kannalta on tärkeää, että työntekijä vaalii äidin itsemäärämisen tunnetta ja antaa tälle tarvittaessa aikaa muutokseen. Tutkimuksessa osoitetaan haastatteluaineiston valossa, että huumeita raskausaikana käyttäneiden naisten tapa ymmärtää riskit ja uhkakuvat poikkesi lääketieteellisestä riskikäsityksestä, jossa huumeiden käytön riskejä tarkastellaan sikiön terveyden ja kehityksen näkökulmasta. Haastatellut naiset kertoivat pelänneensä raskausaikana sikiön terveyteen liittyvien seikkojen lisäksi mahdollisia lastensuojelutoimia ja raitistumiseen liittyviä psyykkisiä ja fyysisiä kärsimyksiä sekä yksinäisyyttä. Lisäksi naiset kertoivat pitäneensä riskinä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten negatiivisia asenteita. (Leppo 2012.)

### *Päihdetyöntekijän rooli hoidossa*

Päihdehoitojen toimivuutta on tutkittu myös niin sanottujen yleisten tekijöiden näkökulmasta<sup>44</sup> eli miten asiakkaan ja terapeutin välinen yhteistyösuhde, terapeutin toiminta sekä asiakkaan odotukset ja uskomukset vaikuttavat hoidon tuloksellisuuteen. Tuloksellisuuden mittarina käytettiin hoidon jatkuvuutta, raittiiden päivien määrää hoidon jälkeen sekä tyytyväisyyttä saatuun hoitoon.

Seurantatutkimus osoitti, että asiakkaan ja terapeutin yhteistyösuhdeella, terapeutilla ja asiakkaan odotuksilla on merkitystä hoidon tuloksellisuuteen. Yleiset tekijät näyttäytyivät tuloksissa toisiinsa kietoutuvina tekijöinä, eli niillä on itsenäisten vaikutuksen lisäksi vaikutuksia myös keskenään.

Tutkimus vahvisti käsitystä siitä, että toimiva yhteistyösuhde ja asiakkaan positiiviset odotukset ovat merkityksellisiä tuloksellisuuden selittäjiä. Tutkimus toi myös ilmi, että terapeuttien välillä on eroja, jotka vaikuttavat lopulta heidän tuottamansa hoidon tuloksellisuuteen. Käytettyjen hoitomenetelmien kanssa hoidon kontekstuaaliset tekijät vaikuttavat siihen hoitotodellisuuteen, jonka asiakas kohtaa. (Kuusisto & Saarnio 2012.)

## **5.2 Huumehoidon asiakaskunta**

THL:n vuosittaisen huumehoidon tiedonkeruun<sup>45</sup> huumeasiakkaat muistuttivat taustaltaan ja elämäntilanteeltaan edellisten vuosien asiakaskuntaa. Kaikista huumeasiakkaista naisia oli 33 prosenttia. Alle 29-vuotiaista huumehoidon asiakkaista naisia oli 40 prosenttia. Vanhemmissa ikäluokissa ja opioidikorvaushoidossa olevien naisten osuus hoidossa olevista huumeasiakkaista oli pienempi.

### *Elämäntilanne*

Huumeasiakkaiden keski-ikä oli noin 31 vuotta ja ikämediaani 29 vuotta. Miehet olivat keskimäärin yli kaksi vuotta vanhempia kuin naiset. Uudeltamaalta olevat asiakkaat olivat vanhimpia ja nuorimmat maaseutumaisimmissa maakunnissa. Ympärivuorokautisen laitoshoidon asiakaskunta oli nuorempaa (mediaani-ikä 28 vuotta) kuin avohoidossa (mediaani-ikä 30 vuotta). Selvästi vanhimpia olivat opioidiriippuvuuteen korvaushoitoa saavat asiakkaat (mediaani-ikä 33 vuotta; ikäjakauma 20–62). (Forsell 2012a.)

<sup>44</sup> Seurantatutkimukseen osallistui avopäihdehoidon yksiköitä (n = 7) Etelä- ja Länsi-Suomen alueelta. Asiakkaat (n = 327; 111 naista, 216 miestä) olivat valikoimaton kokonaisotos kyseisenä aikana klinikoille tulleista uusista asiakkaista. Tutkimus toteutettiin osana klinikoiden normaalia toimintaa. Aineiston analysoinnissa käytettiin riippumattomien otosten keskiarvoja vastaavia testejä ja erilaisia regressioanalyysimalleja. Terapeuttivaikutusta analysoitiin sisäkorrelaatiolla.

<sup>45</sup> Päihdehuollon huumeasiakkaat -tilastoraportti pohjautuu huumehoidon erillistiedonkeruun tietoihin. Vuonna 2011 tiedonkeruuseen osallistui 74 huumehoitoyksikköä ja tietoja toimitettiin 2 527 asiakkaasta. Tiedonkeruu on vapaaehtoinen yksiköille eikä sisällä asiakkaan tunnistetietoja. Tiedonkeruu kattaa arvioilta kolmanneksen annetusta huumehoidosta. Tässä raportoidut luvut sisältävät myös hoidossa jatkavat asiakkaat, joten aineisto on EMCDDA:n Treatment demand Indicator TDI protokollaa laajempi. Suomen TDI luvut löytyvät <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>.

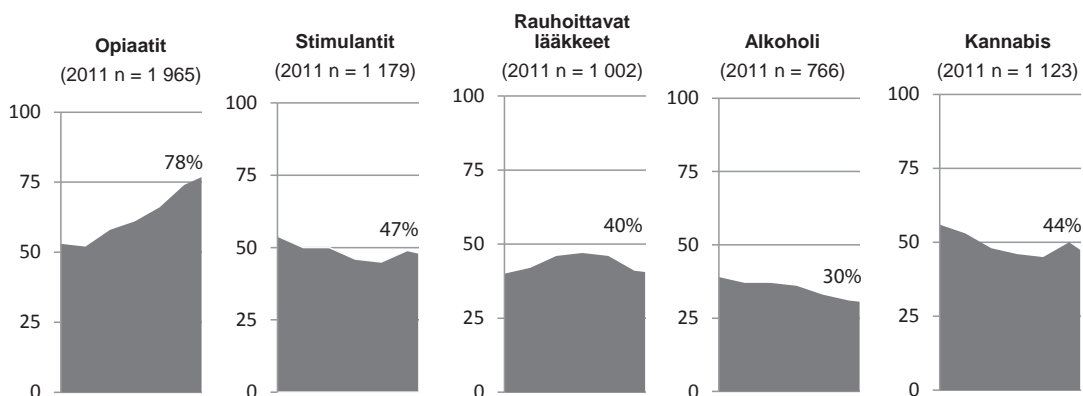
Avo- tai avioliitossa oli 22 prosenttia miehistä ja 39 prosenttia naisista. Avo- tai avioliitossa olevien asuinkumppani oli päihdeongelmainen 69 prosentilla, naisilla (79 %) huomattavasti useammin kuin miehillä (41 %). Alle 18-vuotiaita lapsia oli 39 prosentilla asiakkaista. Vain 29 prosenttia vanhemmista asui lapsensa kanssa samassa taloudessa ja 25 prosentilla lapset oli sijoitettuna lastensuojelun toimesta. Alle 20-vuotiaista asiakkaista puolet (52 %) asui vielä vanhempiensa kotona. (Forsell 2012a.)

Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (61 %) yleistä. Joka kymmenes (10 %) oli asunnoton. Korvaushoitoasiakkaista vain 5 prosenttia oli asunnottomia, kun muista opiaattien ongelmakäyttäjistä asunnottomia oli peräti 13 prosenttia. Tilannetta selittävät sekä korvaushoidon tehokkuus ja asunto ensin -periaate. (Forsell 2012a.)

### *Käytetyt päihhteet*

Päihhteiden sekakäyttö oli yleistä. Ainakin kolme ongelmapäihdettä ilmoitti 57 prosenttia asiakkaista. Kolmen ongelmallisimman päihteen joukkoon 78 prosenttia huumeasiakkaista listasi opiaatit, 47 prosenttia stimulantit, 44 prosenttia kannabiksen, 40 prosenttia rauhoittavat lääkkeet ja 30 prosenttia alkoholin (kuvio 7). Opiaattien käyttäjien osuus hoitoon hakeutuneista huumeiden käyttäjistä on kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla. Opiaattien ongelmakäyttäjät ovat todennäköisemmin päihdehuollon asiakkaita kuin muiden huumeaineiden käyttäjät. (Forsell 2012a.)

Pistämällä huumeita oli joskus käyttänyt 77 prosenttia asiakkaista. Edellisen kuukauden aikana pistoskäyttöä oli 69 prosentilla niistä, joiden ensisijaisena ongelmapäihteenä oli buprenorfiini (35 % kaikista hoitojaksoista). (Forsell 2012a.)



**Kuvio 7. Hoitoon hakeutumiseen johtaneet ongelmapäihhteet (1.–3. ongelmallisimmat) vuosina 2005–2011, prosentteja asiakkaista (n=2 527).**

Lähde: Huumehoidon tietojärjestelmä, THL.

*Hoito*

Ensimmäistä kertaa huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneita oli 12 prosenttia. Puolet asiakkaista (49 %) oli saanut aiemmin hoitoa huumeiden käytön vuoksi, mutta aloittivat vuonna 2011 uuden hoitojakson. Hoitosuhde oli kestänyt yli vuoden 34 prosentilla asiakkaista ja yli kaksi vuotta 19 prosentilla asiakkaista. Opioidikorvaushoito oli kestänyt alle vuoden 44 prosentilla asiakkaista. Opioidikorvaushoito oli kestänyt yli 5 vuotta 15 prosentilla ja yli kymmenen vuotta yhdellä prosentilla korvaushoitoasiakkaista. (Forsell 2012a.)

Avohoidossa oli 67 prosenttia asiakkaista ja laitoshoidossa 33 prosenttia asiakkaista. Korvaushoitoasiakkaista 79 prosenttia oli avohoidossa ja 21 prosenttia oli laitoshoidoksella. Laitoshoito ja erityisesti kuntouttava laitoshoido oli yleisempää niille, joilla ei ollut opiaattien käyttöä. Laitoshoidossa painottuivat avohoitoa enemmän rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin ongelmakäyttäjät. (Forsell 2012a.)

Opioidikorvaushoidossa asiakkaita oli vähintään 22 prosenttia. Korvaushoitolääkkeenä 52 prosentilla oli buprenorfiini-naloksini yhdistelmävalmiste (Suboxone), 38 prosentilla metadoni ja 10 prosentilla buprenorfiini (Subutex tai Temgesic) (Forsell 2012a.)

Pistämällä huumeita oli joskus käyttänyt 77 prosenttia asiakkaista. Edellisen kuukauden aikana pistoskäyttöä oli 69 prosentilla niistä, joiden ensisijaisena ongelmapäihteenä oli buprenorfiini (35 % kaikista hoitojaksoista). (Forsell 2012a.)

### 5.3 Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa

Kuten edellä on kuvattu, suomalainen päihdepalvelujärjestelmä on hajanainen ja edellyttää sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen huomioimista. Huumeisiin liittyvän hoidon määrää pyritään kuvaamaan yleisillä hoitotilastoilla (ks. 6.2 sairaaloiden huumehoitojaksot sekä kuvio 5.) sekä kolmella erillisellä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksella. Päihdetapauslaskennassa kerätään yhden päivän aikana tiedot päihdeiden aiheuttaman vamman tai päihdeiden käytön vuoksi tai päihdytyneenä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintayksikön palveluja käyttäneestä asiakkaasta. Päihdetapauslaskenta toteutetaan joka neljäs vuosi ja sen pohjalta voidaan arvioida huumeasiakkaiden osuutta kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista. Huumehoidon tiedonkeruu on vapaaehtoinen, jatkuva tiedonkeruu hoitopaikoille, joilla kerätään anonyymiä, yksilökohtaista tietoa huumehoidon asiakkaista (ks. luku 5.2 asiakaskunnan osalta). Kattavuuskyselyllä on pyritty arvioimaan koko huumehoidon volyymia hoitopaikoittain ja alueittain vuosien 2003 ja 2008 osalta.

## Päihdetapauslaskenta

Päihdetapauslaskennan edelliset julkaistut tulokset ovat vuodelta 2007. Uusimman, vuonna 2011 tehdyn kyselyn tulokset julkaistaan loppuvuonna 2012. Laskennassa kerätään yhden päivän aikana tiedot päihteiden aiheuttaman vamman tai päihteiden käytön vuoksi tai päihtyneenä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintayksikön palveluja käyttäneestä asiakkaasta. Tutkimus tehdään joka neljäs vuosi, ja kyselyjä on toteutettu vertailukelpoisessa muodossa vuodesta 1995 lähtien. Vuonna 1995 huumausaineiden käyttäjien osuus päihdetapauslaskennan asiakkaista oli 11 prosenttia ja vastaavasti 16 prosenttia vuonna 1999, 27 prosenttia vuonna 2003 ja 24 prosenttia vuonna 2007. (Nuorvala ym. 2008a.)<sup>46</sup>

Vuosien 1999 ja 2003 nopean kasvun taustalla ei ole pelkästään hoitopalvelujen kysynnän lisääntyminen vaan myös palvelurakenteen muutokset. Ensimmäiset terveysneuvontapisteet ruiskuhuumeiden käyttäjille perustettiin 1990-luvun lopulla, mikä näkyi päihdehuollon avopalvelujen käytön lisääntymisessä. Korvaushoito aloitettiin laajemmassa mitassa Suomessa vasta vuonna 2002, mikä puolestaan heijastui sekä päihdehuollon että myös terveydenhuollon avopalvelujen huumeasiakkaiden määriin vuosina 2003 ja 2007.

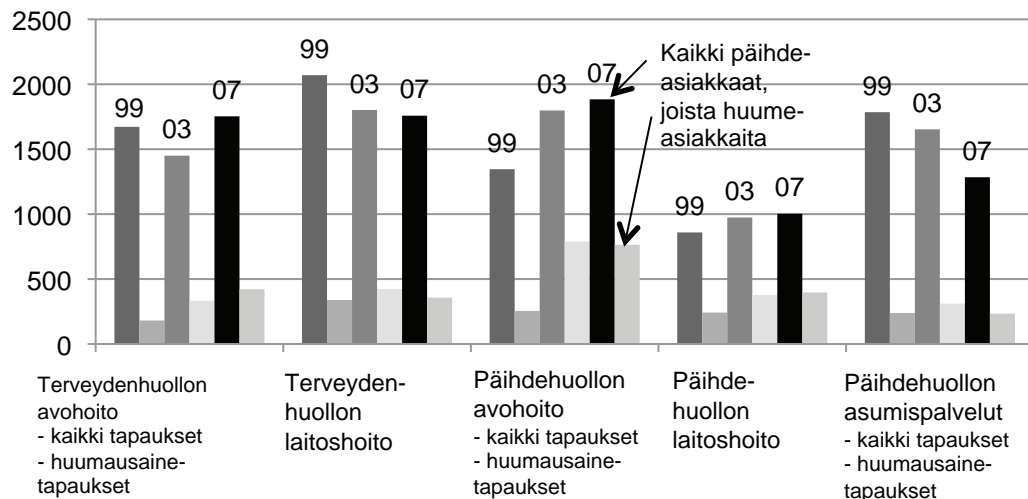
Kun vuonna 1999 päihdehuollon avohoidon asiakkaista 20 prosentilla ainevalikoimaan kuuluivat huumausaineet, vuonna 2003 luku oli 35 prosenttia ja 2007 jo 40 prosenttia. Toisaalta vuonna 2004 Suomessa toteutettiin alkoholijuomaveron alennus, mikä lisäsi alkoholin kulutusta ja vaikutukset näkyvät viiveellä alkoholiongelmisten suhteellisen osuuden lisääntymisessä varsinkin vuoden 2007 päihdetapauslaskennassa. Erityisesti yli 50-vuotiaiden ikäluokka oli voimakkaassa kasvussa. Vuonna 2007 päihdetapauslaskennassa saatiin suhteellisen vähän tietoja pistoskäyttäjille tarkoitetuista terveysneuvontapisteistä, mikä on saattanut johtaa aliarvioon huumausaineiden käyttäjien osuudesta vuoden 2007 tutkimuksessa. (Huhtanen 2008; Nuorvala ym. 2008b.)

---

<sup>46</sup> Päihde-ehdoisella asioinnilla tarkoitetaan käyntiä, jossa päihteet ovat joko suoraan tai epäsuorasti mukana. Tiedot perustuvat palveluyksiköiden työntekijöiden ilmoituksiin. Tuorein laskentavuorokausi oli 9.10.2007. Päihdetapauksia kertyi tuolloin 12 045, mikä on enemmän kuin koskaan aiemmin.



Asiakkaita  
vuorokaudessa



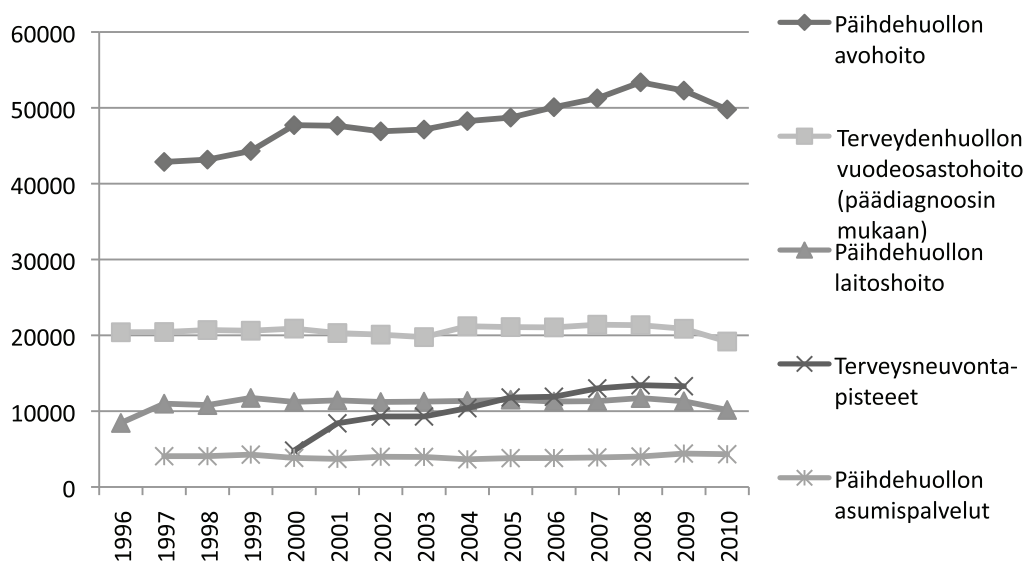
**Kuvio 8. Päihdetapaukset sosiaali- ja terveydenhuollossa 1999–2007.**

Lähde: Huhtanen 2008.

Tutkimuksen perusteella vuonna 2007 huumausaineisiin liittyvää ongelmakäyttöä esiintyy noin 40 prosentilla päihdehuollon avo- ja laitospalvelujen käyttäjistä sekä 25 prosentilla terveydenhuollon avopalvelujen ja 20 prosentilla terveydenhuollon vuodeosastopalvelujen päihdeasiakkaita. Huumausaineita käyttävien naisten osuus päihdetapauskannan asiakaskunnasta oli noin 30 prosenttia avohoidossa ja 20 prosenttia laitoshoidossa. Huumausaineasiakkaat ovat suhteellisen nuoria muihin päihteiden ongelmakäyttäjiiin verrattuna. Kun kaksi kolmesta alle 35-vuotiaasta päihteiden vuoksi hoidossa olleesta asiakkaasta käytti myös huumausaineita, enää kolmannes 35–44-vuotiaista ja reilusti alle 10 prosenttia tätä vanhemmista asiakkaista käytti huumausaineita. (Huhtanen 2008.) Iän lisäksi huumausaineasiakkaita erotti muista päihdeasiakkaita huono-osaisuus ja mielenterveysongelmat. Huumausaineiden käyttäjien asunnottomuus oli selvästi yleisempää kuin muilla asiakkailla ja yli puolella huumausaineita käyttäneistä asiakkaista todettiin myös masentuneisuutta ja muita mielenterveyden häiriöitä. (Nuorvala ym. 2008b.)

Päihdepalvelujärjestelmien pitkäaikaisen asiakasseurannan yleinen kehitystrendi noudattaa päihdetapauskannan suuntaviivoja. Suurimmat muutokset ovat olleet matalakynnyksisten terveysneuvontapisteiden yleistyminen ja asiakasmäärien kasvu

2000-luvun alusta lähtien ja päihdehuollon avopalvelujen (mukaan lukien opioidi-korvaushoidon) käytön lisääntyminen. Vuosikymmenen lopussa palvelujen asiakasmäärissä oli laskua niin avo- kuin laitospalvelujen osalta, sen sijaan asumispalvelujen osalta asiakasmäärän kasvu jatkui. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2011.)



**Kuvio 9. Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa 1996–2010.**

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2011.

### Kattavuuskysely

Huumehoidon kattavuuskyselyyn vastasi vuonna 2009 noin 60 prosenttia kyselyn saaneista päihdehuollon yksiköistä<sup>47</sup>. Huumeasiakkaita ilmoitettiin kaiken kaikkiaan 12 807, joka oli 18 prosenttia kaikista päihdeasiakkaista. Asiakkaiden kokonaismäärää tarkasteltaessa on huomioitava, että sekä kyselyn kohdistaminen ja siihen vastaaminen ei ollut täydellistä. Toisaalta myöskään mahdollisia päällekkäisiä asiakkuuksia ei ole kyselyssä poistettu. Vastaava kysely tehtiin vuonna 2004. Silloin kyselyyn vastasi 324 yksikköä. Niissä päihdeasiakkaita oli 75 018 ja huumeasiakkai-

<sup>47</sup> Kysely oli suhteellisen kattava päihdehuollon erityispalvelujen osalta, mutta ei yhtä kattava terveydenhuollon avopalveluissa, esimerkiksi kunnallisissa terveyskeskuksissa. Mahdollisia päällekkäisiä asiakkuuksia ei ole kyselyssä poistettu. Kuitenkin lähes kaksi kolmesta hoitoyksiköstä vastasi kyselyyn ja asiakkaiden kokonaismäärä vastaa melko hyvin muista erillisrekistereistä yhteen summattua päihdeasiakkaiden vuosittaisia asiakasmääriä (vrt. kuvio 5).

ta 17 825 eli 24 prosenttia kaikista päihdeasiakkaista. Myös tällöin huumehoidon tietojärjestelmän kattavuus huumeasiakaskunnasta oli sama (32 %). Tämä näyttäisi osoittavan, että huumehoidon tiedonkeruussa ilmenevä asiakasmäärän väheneminen on todellista, eikä heijasta vain tiedonkeruuseen liittyvien yksikköjen määrän vähenemistä. (Väänänen 2011.)

Kattavuuskyselyyn vastanneista yksiköistä valtaosa (78 %) ilmoitti antavansa päihdehoitoa huumeasiakkaille. Huumeasiakkaiden osuus kaikista päihdeasiakkaista oli korkeimmillaan huumehoitoon erikoistuneilla avo- (58 %) ja laitoshoitoyksiköillä (89 %), opiaattiriippuvaisten lääkehoitoarvioita ja hoitoja toteuttavalla laitoshoitoyksiköllä (78 %) sekä sairaaloiden päihdepsykiatrisessa avohoidossa (75 %). Vankiloiden päihdeasiakkaista huumeasiakkaiden osuus on myös korkea (52 %). Sen sijaan päihdehuollon avohoidon A-klinikoiden (10 %), terveyskeskusten (17 %), katkaisuasemien (11 %) tai kuntoutusyksiköiden (23 %) huumeasiakasosuudet ovat huomattavasti pienemmät.

Huumehoidon tietojärjestelmän tulokset kattavat suhteellisen tasaisesti eri hoitoyksikkötyypit, mutta selvästi huonoimmin vankiloiden ja terveydenhuollon avohoidon terveyskeskusten asiakaskunnan. Huumeisiin erikoistunutta hoitoa tarjottiin myös laajasti. Yleisimmät erikoistuneen huumehoidon kriteerit olivat yksikön oikeus toteuttaa opiaattiriippuvaisten lääkehoitoa (43 %) sekä huumeidenkäyttäjille suunnattu oma hoito-ohjelma (38 %). Vajaalla 20 prosentilla yksiköistä oli huumehoitoon erikoistunut osasto. (Väänänen 2011.)

Vuoden 2008 kyselytietojen perusteella huumeasiakkaiden sijoittautuminen keskittyi Etelä-Suomen (43 %) ja Länsi-Suomen (36 %) lääneihin, yksistään Helsinkiin 16 prosenttia. Sen sijaan vuoden 2004 kattavuuskyselyn mukaan peräti 70 prosenttia asiakkaista sijoittui Etelä-Suomen lääneihin ja 17 prosenttia Länsi-Suomen lääneihin. Helsingissä asiakkaiden osuus oli 43 %. Näistä huumeasiakaskunta olisi vuoden 2003 tietojen perusteella levinnyt entistä laajemmin Etelä- ja Länsi-Suomeen. Huumehoidon tietojärjestelmän kattavuus olisi puolestaan parantunut Etelä-Suomen osalta mutta heikentynyt muun Suomen osalta (Väänänen 2011.)

## 6 Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

Tartuntatautirekisteriin kirjatut ruiskuhuumevälitteiset hiv-tartunnat sekä C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Ruiskuhuumeiden käyttäjien A- ja B-hepatiittirokotuksilla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähenemisessä. Rokotusohjelman mukaan huumeita pistämällä käyttävät, heidän seksikumppaninsa sekä samassa taloudessa olevat saavat sekä A- että B-hepatiittirokotuksen maksuttomasti. (Forsell 2012.)

Terveysneuvontapisteiden toiminta on osoittautunut kustannustehokkaaksi tavaksi vähentää huumeisiin liittyviä terveyshaittoja. Sosiaali- ja terveysneuvontapisteet tarjoavat terveysneuvontaa ja erilaista tukea omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Terveysneuvonnan lisäksi niissä on mahdollisuus vaihtaa käytetyt pistosvälineet puhtaisiin kertakäyttövälineisiin, saada A- ja B-hepatiittirokotuksia, ottaa hiv- ja hepatiittitestejä, saada haavahoitoa ja lievien ihotulehdusten hoitoa sekä ohjausta ja tukea muihin hoitopaikkoihin hakeutumiseen tai asioiden hoitamiseen.<sup>48</sup>

Huumausaineisiin liittyvien kuolemien määrä kasvoi muiden haittojen tapaan vuosituhaten vaihteessa, mikä oli seurausta 1990-luvulla lisääntyneestä huumeiden käytöstä. Kuolemien määrä pysyi kasvun jälkeisellä korkeammalla tasolla 2000-luvun alkupuolella. Oikeuskemiallisen tutkimuksen paljastamat huumausainelöydökset ovat edelleen yleistyneet. Muuntohuumeet näkyvät jo myös oikeuskemiallisissa tutkimuksissa.

Huumekuolemien määrän lisääntymiseen liittyy sekakäytön yleisyys, huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö ja mielen-terveysongelmat. Sekakäytön vaarojen tiedostaminen olisi erityisen tärkeää opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäyttötapauksissa. Sekakäyttötapauksissa erityisesti buprenorfiinin, bentsodiatsepiinien ja alkoholin osalta kuolema on tapahtunut tyypillisesti henkilön nukkuessa.

### 6.1 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

Yli 64 prosenttia huumehoidon tietojärjestelmään tietoja lähettäneiden yksiköiden huumeasiakkaista oli käynyt kaikissa kolmessa, hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C -testissä. Hiv-testissä oli käynyt 70 prosenttia, B-hepatiittitestissä 66 prosenttia ja C-hepatiittitestissä 75 prosenttia asiakkaista. Ruiskuhuumeita joskus huumeita käyttäneistä hiv-testeissä käyneistä ja myös testituloksen saaneista (n = 1 551) hiv-positiivisia oli noin kaksi prosenttia. Vastaavasti ruiskuhuumeita käyttäneistä ja

<sup>48</sup> Terveysneuvontapisteiden toiminnasta lisää kappaleessa 7.

hepatiitti C -testituloksen saaneista (n = 1 688) oli hepatiitti C -positiivisia 73 prosenttia. A-hepatiittitestin osalta noin 3 prosenttia ja B-hepatiittitestin osalta noin 5 prosenttia ruiskuhuumeita huumeita käyttäneistä ja testituloksen saaneista oli saanut positiivisen tuloksen.

Hepatiitti C -positiivisten osuus lisääntyi pistämisen keston myötä, kun pistämisen kesto laskettiin nykyisen iän ja pistämisen aloittamisiensa välisenä erotuksena. Myös hepatiitti C -testeissä käyneiden osuus kasvoi pistämisen laskennallisen keston mukaan. Luvuissa on mukana sekä asiakkaan itse ilmoittamaan testaustilanteeseen että varmistettuihin testituloksiin (testi otettu yksikössä tai tieto varmistettu esim. lähetteestä) perustuvat tiedot. Itseilmoitettuihin hiv- ja hepatiitti C -testituloksiin perustuvien positiivisten vastausten ja varmistettuihin testituloksiin perustuvien vastausten välillä ei ollut merkittäviä eroja.

Ruiskuhuumeita joskus elämänsä aikana huumeita käyttäneistä yli puolet (52 %) oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokoteannoksen ja 39 prosenttia oli saanut kaikki kolme annosta.

## Hiv

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautirekisterin mukaan vuonna 2011 ilmoitettiin 176 uutta hiv-tartuntaa (187 tapausta v. 2010). Hiv-tartunnat ovat lisääntyneet noin 50 tapauksella vuosien 2001–2011 aikana johtuen seksivälitteisten tartuntojen lisääntymisestä. Ruiskuhuumevälitteisten tartuntojen määrä on sen sijaan pysynyt alhaisena. Ruiskuhuumeiden käytöstä aiheutuvia tartuntoja ilmoitettiin vuonna 2011 vain 9 tapausta, mikä on noin viisi prosenttia kaikista tartunnoista (4 % vuonna 2010).<sup>49</sup> (Jaakola ym. 2012.)

Tartuntatautirekisterin mahdollistaman passiivisen seurannan lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt noin vuoden välein hiv- ja hepatiitti C -viruksen esiintyvyyttä kartoittavia esiintyvyytystutkimuksia.<sup>50</sup> Tutkimusten avulla on pyritty arvioimaan tartuntojen esiintyvyyttä myös niiden ruiskuhuumeiden käyttäjien osalta, jotka eivät hakeudu diagnostiseen testaukseen. Tutkimustulosten mukaan hiv:n esiintyvyys ruiskuhuumeidenkäyttäjien keskuudessa on vuosituhannen vaihteen epidemiasta huolimatta pysytellyt noin 1–2 prosentissa, mikä on kansainvälisesti vertaillen erittäin matala taso. (Arponen ym. 2008.)

<sup>49</sup> THL:n hiv- ja aidsilastoraportit <http://www.ktl.fi/ttr/gen/rpt/hivsuo.html>

<sup>50</sup> Tutkimus on toteutettu kahdeksan kertaa vuosien 1998–2009 välillä. Tutkimus on järjestetty yleensä useamassa terveysneuvontapisteessä noin kahden viikon aikana. Osallistujat ovat olleet terveysneuvontapisteiden asiakkaita, ja heidän määränsä on vaihdellut 150–700 välillä. Osallistujat täyttävät anonyymin riskikyselykaavakkeen ja antavat sylkinäytteen, josta tutkitaan C-hepatiitti- ja hiv-vasta-aineet. Sekä riskikyselykaavakkeen että näytteeseen kirjataan sama anonyymi osallistujanumero, mikä mahdollistaa riskitekijöiden vertaamisen vasta-ainetulokseen. Testituloksia ei anonyymiteetin takia voida palauttaa osallistujille, mikä osallistujille myös tehdään selväksi. Tämä on keskeistä tutkimuksen edustavuuden kannalta, koska näin voivat osallistua myös ne, jotka eivät välttämättä ole halukkaita saamaan tietoa tartunnastaan. Kaikkia terveysneuvontapisteiden asiakkaita kannustetaan osallistumaan tutkimukseen riippumatta henkilöiden hiv tai HCV tilanteesta.

## C-hepatiitti

Uusia hepatiitti C -tartuntoja todettiin 1 160 vuonna 2011. Tämä on 28 tapausta enemmän kuin vuonna 2010. Koska akuutteja tapauksia on vaikea erottaa vuosien takaisista, täytyy tapausmääriä tulkita kuitenkin varovaisesti. Noin puolessa (600) tapauksissa tartuntatavaksi ilmoitettiin ruiskuhuumeiden käyttö. Hepatiitti C:n esiintyvyys on ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa erittäin korkea (80 %), ja tästä syystä esiintyvyyden saaminen matalammalle tasolle kestää parhaimmassakin tapauksessa vuosikymmenen, vaikka riskit saataisiin hallintaan. Epäselvien tapausten määrä on laskenut hieman, mutta on silti korkea (35 % vuonna 2011). (Jaakola ym. 2012.)

Ikäryhmittäin 15–19- ja 20–24-vuotiaitten vuosittaiset tapausmäärät ovat pysyneet melko samoina. Tämä saattaa olla merkki siitä, että ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja siihen liittyvä haittojen vähentämistyö on vähentänyt tehokkaimmin tartuntariskiä nuorimmissa ikäryhmissä, ja että hepatiitti C saadaan vasta myöhemmällä iällä ruiskuhuumeiden käytön jatkuttua pidempään. Eniten tartuntoja suhteessa asukaslukuun raportoitiin Etelä-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. (Jaakola ym. 2012.)

**Taulukko 5. Hepatiitti C lääkärien ilmoitusten mukaan tartuntatavoittain, 2001–2011.**

	2001	2003	2005	2007	2008	2009	2010
<b>Ruiskuhuumeet</b>	822	627	621	416	508	433	596
<b>Seksi</b>	42	46	61	63	68	65	73
<b>Perinataali</b>	3	1	5	4	9	9	10
<b>Verituotteet*</b>	19	22	24	17	15	1	9
<b>Muu</b>	31	34	35	23	31	26	38
<b>Ei tiedossa</b>	574	533	497	634	513	527	406
<b>Yhteensä</b>	1492	1264	1244	1157	1144	1061	1132

Lähde: Jaakola ym. 2012.

\*) Vuoden 2000 jälkeen ei ole tiedossa yhtään suomalaista verivalmisteista saatua hepatiitti C -tartuntaa.

## B-hepatiitti

Tartuntatautirekisteriin ilmoitetut akuutit B-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Vuonna 2011 ilmoitettiin kaiken kaikkiaan uusia tartuntoja 24, joista tartuntatapa oli tiedossa 14 tapauksessa. Kaikkitartunnat olivat tapahtuneet seksiteitse. (Jaakola ym. 2012.)

## A-hepatiitti

Uusia hepatiitti A -tapauksia ilmoitettiin 14 vuonna 2011. Näistä tapauksista seitsemän tapauksen ilmoitettiin tulleen ravinnon tai veden välityksellä. Tartunnoista yksi oli saatu Suomessa, 9 ulkomailla ja neljän tapauksen tartuntatapa ei ilmoitettu. Tartuntojen määrä on pysynyt matalalla viime vuosina. Ilmaantuvuus on pysynyt matalana riskiryhmien rokotusten ansiosta. Ruiskuhuumeita käyttävät henkilöt, heidän seksikumppaninsa ja samassa taloudessa asuvat henkilöt ovat saaneet vuodesta 2005 kansallisen rokotusohjelman mukaisesti maksuttoman A-hepatiittirokotuksen. Myös matkailijoiden A-hepatiittirokotukset ovat yleisiä. (Jaakola 2012.)

## Ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-epidemian kannan seurantatutkimus

Skar kollegoineen selvittivät tutkimuksessaan<sup>51</sup> yksityiskohtaisesti Tukholman ja Helsingin ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-epidemioita hyödyntäen sekä molekyyli-epidemiologista että epidemiologista tietoa. Kesällä 2006 ruiskuhuumeiden käyttäjien hiv-tartunnat lähtivät jyrkkään nousuun Tukholmassa ja epidemia jatkui 2007 vuoden loppuun käsittäen yli 70 uutta todettua tartuntaa. Tätä ennen Tukholman alueella oli 1990-luvun alusta lähtien todettu vuosittain noin 20 ruiskuumetartuntaa. Länsi-Euroopan ruiskuhuumeiden käyttäjien epidemiat ovat olleet pääsääntöisesti HIV-1 B-alatyypin aiheuttamia. Vuosien 2001–2002 ruiskuhuumeiden käyttäjien tartunnoista 85 prosenttia oli myös Ruotsissa B-alatyyppiä ja valtaosa tartunnoista oli saatu Ruotsissa, mutta myös muutama Suomessa saatu tartunta raportoitiin. Suomessa hiv-epidemia ruiskuhuumeiden käyttäjillä alkoi 1998., jolloin tartunnat olivat HIV-1 CRF01\_AE -kantaa, joka on yleinen Kaakkois-Aasiassa. (Skar ym. 2011.)

Fylogeneettisiä analyyseja käyttäen osoitettiin, että Tukholman epidemian aiheuttama kanta oli CRF01\_AE ja se oli lähtöisin Helsingistä. CRF01\_AE oli siirtynyt useaan kertaan Suomesta Ruotsiin, mutta epidemia oli kuitenkin lähtöisin yhdestä lähteestä. Samanaikaisesti kun CRF01-AE-variantti levisi nopeasti Tukholmassa, B-alatyyppin virusten leviäminen jatkui maltillisena. Biologista tekijää, mikä olisi edesauttanut CRF01-AE:n nopeaa leviämistä, ei löydetty: veren viruspitoisuuksissa ei havaittu eroja B-alatyyppin ja CRF01-AE tartunnan saaneiden välillä. Sen sijaan havaittiin joitain sosiodemografisia eroja, esimerkiksi lähes kaikilla heroiniin käyttäjällä oli CRF01\_AE-tartunta, kun amfetamiinin käyttäjillä oli sekä B-alatyyppi että CRF01\_AE-infektioita. Parhaiten sekä Tukholman että Helsingin CRF01\_AE-epidemioita selittänee hiv:in ilmaantuminen aiemmin hiv-negatiivisten ruiskuhu-

<sup>51</sup> Materiaali ja menetelmät: Tutkimuksen materiaali käsitti 74 ruiskuhuumeisiin liittyvää hiv-tartuntaa, jotka oli todettu vuosina 2004–2007 Tukholman alueella. Potilaskertomuksista saatiin seuraavat tiedot: tartunnan toteamisvuosi, ikä, sukupuoli, pääasiallinen huume, asumisolot, CD-solujen määrä ja virustaakka. Lisäksi potilailta otettiin verinäytteet, joista sekvensoitiin HIV-1 V3 -alue. V3 sekvenssit analysoitiin käyttäen fylogeneettisiä ja fylogeneettisiä menetelmiä. Analyyseihin otettiin mukaan myös 83 V3-sekvenssiä, jotka olivat lähtöisin Helsingissä vuosina 1998–2007 hiv-positiivisiksi todetuilta ruiskuhuumeiden käyttäjiltä. Tilastotieteellisillä analyyseillä vertailtiin tartunnan saaneiden viruspitoisuuksia ja CD4-arvoja. (Skar ym. 2011.)

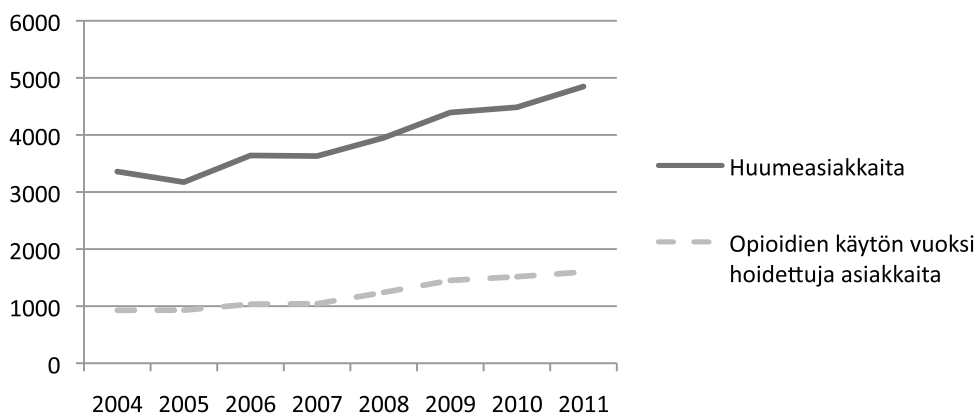
meiden käyttäjien verkostoon, jossa oli pistämiseen tai seksiin liittyvää riskikäyttäytymistä. (Skar ym. 2011.)

Selvittämällä sekä Tukholman että Helsingin ruiskuhuumeiden käyttäjien paikallisia epidemioita saatiin tietoa hiv:in leviämiseen liittyvistä tärkeistä tekijöistä (viruskantojen määrä, viruksen sekä ajallinen että spatiaalinen leviäminen, aika tartunnasta diagnoosiin). Saatua tietoa voidaan käyttää seurannan tehostamisessa ja tartuntojen ehkäisyssä. Yhdistämällä sekä fylogeneettinen että epidemiologinen tieto saadaan tehokas työkalu, jolla voidaan tarkasti selvittää sekä hiv:in että muiden tartuntatautien aiheuttamia epidemioita. (Skar ym. 2011.)

## 6.2 Huumesairaudet terveydenhuollossa

Sairaaloissa hoidettiin vuonna 2011 huumeiden käyttöön liittyen 4 848 asiakasta<sup>52</sup>. Ympäri vuorokautisessa hoidossa oli 1 954 asiakasta ja erikoissairaanhoidon poliklinisessä hoidossa 3 785 asiakasta. Asiakkaiden määrä on viime vuosina noussut tasaisesti<sup>53</sup>. Asiakkaista kolmasosa hoidettiin opioidien käyttöön liittyen.

Kaksi kolmasosa asiakkaista oli 20–35-vuotiaita. Naisia oli kolmasosa hoidetuista.



**Kuvio 10. Huumeasiakkaiden määrän kehitys 2004–2011.**

Lähde: Terveydenhuollon laitoshoido. SVT.

<sup>52</sup> Tiedot perustuvat hoitoilmoistuksiin (HILMO) ympärivuorokautisesta hoidosta sairaaloissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä erikoissairaanhoidon avohoito käynneistä. Tiedot eivät sisällä sosiaalihuollon, terveyskeskusten tai yksityisten lääkäriasemien käynnejä. Asiakkaiden määrä on laskettu siten, että kukin asiakas on laskettu vain kerran.

<sup>53</sup> Huumemyrkytysten tilastointitapaa on muutettu vuonna 2012. Tässä raportoidut huumesairauksen hoitajaksojen ja asiakkaiden määrä on huomattavasti pienempi kuin aiemmissa Huumetilanne Suomessa raporteissa, mutta asiakkaiden tosiasiallisessa määrässä ei ole tapahtunut juurikaan muutosta.



Huume- ja lääkeriippuvuus on yleisin huumesairauksien diagnoosi. Opioidiriippuvuus (F11.2) on selvästi yleisin päädiagnoosi. Opioidiriippuvaisten hoitajaksojen, hoitopäivien ja poliklinikkakäyntien määrä on kasvanut tasaisesti. Samalla sekakäytön (F19.2) ja muiden huumausaineiden riippuvuuden hoito on vähentynyt, joten ainakin osa trendistä selittyy tarkentuneella diagnostiikalla ja kirjaamisella.

Huumesairauksien hoitopäivistä ainakin 20 prosenttia ja 66 prosenttia avohoito-käynneistä liittyi opioidiriippuvaisen korvaushoidon toteuttamiseen. Vuonna 2011 korvaushoitoon liittyviä (F11.22) osastojaksoja oli 309 ja poliklinikka käyntejä 36 405. Osastohoitjakson pituus oli keskimäärin 16 vuorokautta. Poliklinikkakäyntejä asiakkailla oli keskimäärin 64 käyntiä eli useammin kuin kerran viikossa.

Hoitajaksojen määrä uni- ja rauhoittavista lääkkeistä riippuvaisilla (F13.2) on laskenut merkittävästi vuodesta 2006. Sivudiagnoosina riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä ei ole vähentynyt yhtä voimakkaasti.

Akuuttien vieroitusoireiden (F1x.3-F1x.4) hoitajaksoja oli 199 vuonna 2011. Vieroitushoitajaksoja oli eniten sekakäyttäjillä. Huumeiden käytöstä seuranneiden pitempiaikaisten aivo-oireyhtymien kuten psykoosien hoitajaksojen määrä oli 442 vuonna 2012. Amfetamiinien käyttö oli edeltänyt neljäsosaa hoitajaksoja ja kannabiksen käyttö kymmenesosaa. Sekakäyttö on yleisin syy pitempiaikaisten aivo-oireyhtymien hoitajaksoon. Hoitojaksot kestivät keskimäärin 10 vuorokautta, mutta puolet hoitajaksoista kesti vain 4 vuorokautta.

**Taulukko 6. Huumesairauksien hoitojaksot sairaaloissa.**

<b>Päädiagnoosina</b>					
	2000	2005	2009	2010	2011
Riippuvuus opioideista (F11.2)	492	485	707	627	701
Riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä (F13.2)	178	177	142	124	122
Riippuvuus muista huumaus-aineista <sup>1</sup>	786	646	625	551	529
Välittömät vieroitusoireet (F1x.3-4)	267	182	212	194	199
Pitempiaikaiset aivo-oireyhtymät (F1x.5-9)	645	389	497	477	442
Muut diagnoosit (F55, R78.1-5, Z50.3, Z72.2, O35.5, P04.4, P96.1)	88	119	122	104	136
Päihtymystilat (F1x.0-1)	429	270	300	319	377
Varmennettujen huumausaineiden myrkytykset <sup>2</sup>	219	199	184	183	181
Tarkentamattomien huumaus- ja lääkeaineiden myrkytykset <sup>3</sup>	1 049	1 056	783	772	822
<b>Yhteensä</b>	<b>4 135</b>	<b>3 523</b>	<b>3 550</b>	<b>3 351</b>	<b>3 509</b>
<b>Sivudiagnoosina</b>					
	2000	2005	2009	2010	2011
Riippuvuus opioideista (F11.2)	564	595	923	896	997
Riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä (F13.2)	587	626	551	479	476
Riippuvuus muista huumaus-aineista <sup>1</sup>	1 625	1 390	1 437	1 417	1 407
Välittömät vieroitusoireet (F1x.3-4)	322	224	237	237	242
Pitempiaikaiset aivo-oireyhtymät (F1x.5-9)	789	490	581	605	553
Muut diagnoosit (F55, R78.1-5, Z50.3, Z72.2, O35.5, P04.4, P96.1)	158	259	267	243	283
Päihtymystilat (F1x.0-1)	793	635	776	856	926
Varmennettujen huumausaineiden myrkytykset <sup>2</sup>	239	225	204	218	213
Tarkentamattomien huumaus- ja lääkeaineiden myrkytykset <sup>3</sup>	1 317	1 405	1 100	1 193	1 204
<b>Yhteensä</b>	<b>6 394</b>	<b>5 849</b>	<b>6 067</b>	<b>6 144</b>	<b>6 301</b>
<p>1) F12.2, 14.2, 15.2, 16.2, 17.2, 19.2.</p> <p>2) Poislukien itsemurhat ja niiden yritykset. Päihtymistarkoituksessa käytettyjä huumaus- ja lääkeaineita kuten opioideja ja uni- ja rauhoittavia lääkkeitä: T40.0-0, T36 ja seuraavat ATC-koodit N06B, N07XA, N07XX, N01AH, N02A, M01AB, M03BC, M03BX, N07BC, N03AA, N01AF, N03AE, N05BA, N05BB, N05C. Lisäksi X41, X42, T43.6, T50.7, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7.</p> <p>3) Poislukien itsemurhat ja niiden yritykset. Myrkytykset, joiden aiheuttamaa lääkeainetta ei ole tarkennettu. Oletettavasti ryhmään kuuluu a) runsaasti sekakäytöstä aiheutuneita myrkytyksiä b) myös muiden kuin päihdyttävien aineiden myrkytyksiä c) itsemurhia ja niiden yrityksiä, joita ei ole kirjattu.</p> <p>Lähde: Terveydenhuollon laitoshaitat. SVT.</p>					

Vuodeosastolle voidaan ottaa hoitoon myös päihtymyksen takia. Huumepäihtymyksen hoitokausot ovat myös olleet viimevuosina lievässä kasvussa. Alkoholipäihtymyksen vuodehoitovuorokausia on kuitenkin yli kymmenkertaisesti huumepäihtymyksen hoitovuorokausiin verrattuna.

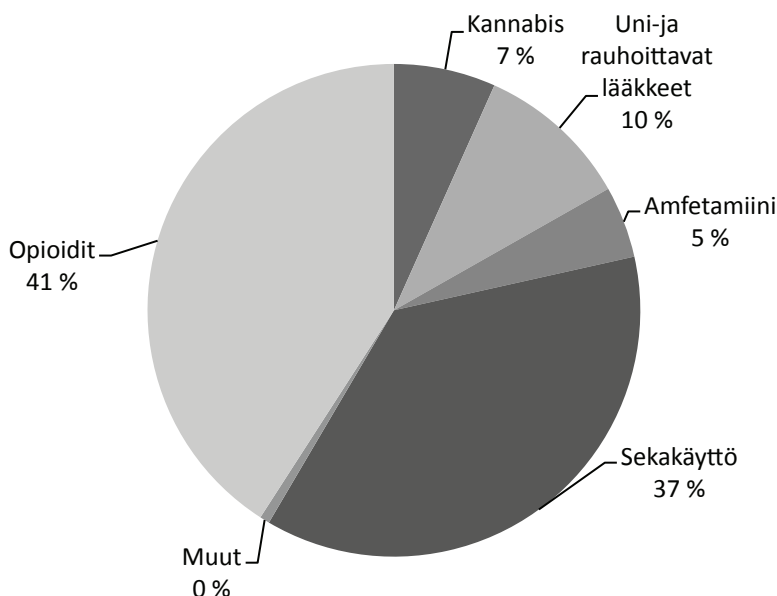
**Taulukko 7. Huumesairauksien hoitokausot vuonna 2011 aineittain (päädiagnoosit).**

	Opioidit (F11.x)	Kannabis (F12.x)	Uni- ja rauhoittavat lääkkeet	Stimulantit (F14, 15)	Hallusino- geenit ja liottimet	Seka- käyttö	Yht.
Riippuvuus diagnoosi (F1x.2)	701	21	122	26	5	477	135 2
Välittömät vieroitus- oireet (F1x.3-4)	48	5	52	10	1	83	199
Pidempi- aikaiset aivo-oire- yhtymät (F1x.5-9)	15	40	24	105	23	235	442
Päihtymys- tilat (F1x.0-1)	34	32	80	24	10	197	377
<b>Yhteensä</b>	<b>798</b>	<b>98</b>	<b>278</b>	<b>165</b>	<b>39</b>	<b>992</b>	

Lähde: Terveydenhuollon laitoshoido. SVT.

Opioidien käytöstä seuraa eniten sekä erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä, vuodeosasto hoitokausoja, sekä hoitovuorokausia vuodeosastolla. Eri huumesaineet ja niiden erilaiset vaikutukset näkyvät erityyppisinä hoitokausoina kuten yllä olevasta taulukosta voi todeta. Avohoidonkäynneissä hoito keskittyy vielä selvemmin opioidiasiakkaisiin ja erilaisten myrkytystapausten hoitamiseen. Vuodeosastohoitopäiviä oli 25 357 vuonna 2011<sup>54</sup>.

<sup>54</sup> Hoitovuorokausien muutoksista katso myös 4.2 Huumeiden ongelmakäyttö.



**Kuvio 11. Hoitovuorokausien jakaantuminen vuonna 2011 aineittain.**

Lähde: Terveystieteiden tutkimuskeskus, SVT.

THL:n sairastavuustilastointitutkimuksessa yhdistettiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin sekä Kelan vammaisuusrekisterin tiedot. Huumeiden käytön aiheuttamien käyttäytymishäiriöiden ja elimellisten aivo-oireyhtymien (F11-F16, F18, F19) ikävakioitu esiintyvyydeksi miehillä 16,5/10 000 ja naisilla 8,1/10 000 vuonna 2009. Miehillä esiintyvyys oli noin kaksinkertainen naisiin nähden. Absoluuttiset lukumäärät olivat 4 141 (miehet) ja 2 071 (naiset). Huumesairauksien (pl.myrkytykset) ikävakioitu esiintyvyys kasvoi vuosina 2005–2009 sekä miehillä että naisilla lähes neljänneksen. (Gissler ym. 2012).

### Huumemyrkytykset

Huume- ja lääkeainemyrkytysten osalta sairaaloiden hoitoilmoitukset ovat monitulkintaisia. Hoitojaksoja on paljon, mutta on vaikeaa arvioida, missä määrin hoitotaksot liittyvät ollenkaan huumeiden tai päihteiden käyttöön.

**Taulukko 8. Huume- ja lääkeainemyrkytysten hoitojaksot sairaaloissa.**

<b>Päädiagnoosina, pois lukien itsemurhat ja tahalliset itsensä vahingoittamiset</b>					
	2000	2005	2009	2010	2011
Huumausaineet <sup>1</sup>	24	11	27	22	43
Opioidit ja muita kipulääkkeitä <sup>2</sup>	46	39	57	36	40
Uni- ja rauhoittavat lääkkeet <sup>3</sup>	147	148	100	120	98
Muut lääkeaineet <sup>4</sup>	338	352	264	286	273
Lääkeaineet, joita ei ole eritelty <sup>5</sup>	1 049	1 056	783	772	822
<b>Yhteensä</b>	<b>1 604</b>	<b>1 606</b>	<b>1 231</b>	<b>1 236</b>	<b>1 273</b>
<b>Päädiagnoosina, myrkytyksen syynä itsemurha ja tahallinen itsensä vahingoittaminen</b>					
	2000	2005	2009	2010	2011
Huumausaineet <sup>1</sup>	16	17	35	39	51
Opioidit ja muita kipulääkkeitä <sup>2</sup>	93	41	92	84	83
Uni- ja rauhoittavat lääkkeet <sup>3</sup>	511	253	431	331	321
Muut lääkeaineet <sup>4</sup>	833	449	684	550	631
Lääkeaineet, joita ei ole eritelty <sup>5</sup>	983	1856	2441	2173	2148
<b>Yhteensä</b>	<b>2 436</b>	<b>2 616</b>	<b>3 683</b>	<b>3 177</b>	<b>3 234</b>
<b>Päädiagnoosina, yhteensä</b>					
	2000	2005	2009	2010	2011
Huumausaineet <sup>1</sup>	40	28	62	61	94
Opioidit ja muita kipulääkkeitä <sup>2</sup>	139	80	149	120	123
Uni- ja rauhoittavat lääkkeet <sup>3</sup>	658	401	531	451	419
Muut lääkeaineet <sup>4</sup>	1 171	801	948	836	904
Lääkeaineet, joita ei ole eritelty <sup>5</sup>	2 032	2 912	3 224	2 945	2 970
<b>Yhteensä</b>	<b>4 040</b>	<b>4 222</b>	<b>4 914</b>	<b>4 413</b>	<b>4 507</b>
<b>Sivudiagnoosina, yhteensä</b>	<b>4 480</b>	<b>4 826</b>	<b>5 558</b>	<b>5 084</b>	<b>5 154</b>
<p>1) T40.5-9 tai T36 + N06B, N07XA, N07XX. T43.6</p> <p>2) T40.0-4 tai T36 + N01AH, N02A, M01AB, M03BC, M03BX, N07BC. T50.7, X42.</p> <p>3) T36 + N03AA, N01AF, N03AE, N05BA, N05BB, N05C. Lisäksi X41, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7.</p> <p>4) Kaikki muut kuin edellä luetellut lääkeaineet, jotka on eritelty.</p> <p>5) T36 ilman ATC-koodi tarkennetta.</p> <p>Lähde: terveydenhuollon laitoshoido. SVT.</p>					

Ensinnäkin lähes kolme neljäsosaa huumaus- ja lääkeainemyrkytysten hoitojaksoista on itsemurhia tai niiden yrityksiä. Erityisesti uni- ja rauhoittavat lääkkeet ovat voineet olla asianmukaisena lääkkeenä ahdistukseen tms. psykiatriseen sairauteen. Päihdetilastoinnissa on päädytty jättämään pois kaikki itsemurhat tai niiden yritykset huume- ja lääkeainemyrkytyksistä, jotta huumesairauksien tilastoinnin kohteena olisivat ensisijaisesti huumeiden väärinkäyttäjät eikä suurempi mielenterveysongelmaisten joukko.

Toiseksi myrkytyksen aiheuttava huume tai lääkeaine eritellään vain noin kolmasosassa sairaaloiden hoitojaksoja ja avohoidon tietojen osalta vielä huomattavasti harvemmin. Myös kolme neljäsosaa näistä tarkentamattomista hoitojaksoista on itsemurhia tai niiden yrityksiä, joten voidaan olettaa, että myrkytystapaukset ovat melko samanlaisia riippumatta siitä onko myrkytyksen aiheuttanut ainetta kirjattu. Toisaalta sekakäyttö lienee vaikeammin kirjaattavissa kuin tahaton lääkemyrkytys: mikäli potilas on ottanut useita aineita päihtymystarkoituksessa on lääkärin oletettavasti vaikeampi kirjata myrkytyksen aiheuttajaa, kuin jos potilas on vahingossa ottanut liian suuren määrän hänelle määrättyä lääkettä. Huomionarvoista on myös, että päihdekäytössä olevien huumaus- ja lääkeaineiden aiheuttamia myrkytyksiä on vuosittain yhtä paljon kuin kaikkien muiden eriteltyjen lääkkeiden myrkytyksiä yhteensä.

Edellä mainitun pohjalta arvioidaankin, että päihdekäyttöön liittyy suuri osa tarkentamattomista lääke- ja huumemyrkytyksistä, joiden tarkoituksena ei ole ollut itsemurha tai sen yritys. Tarkentamattomat myrkytykset sisältävät toki myös muiden kuin päihdelääkkeiden myrkytyksiä sekä kirjaamatta jääneitä itsemurhayrityksiä, mutta tästäkin huolimatta tarkentamattomat lääke- ja huumemyrkytykset todennäköisesti kuvaavat huumemyrkytysten suuruusluokkaa paremmin kuin pitäytyminen pelkästään huumeiden ja päihdelääkkeiden varmennetuissa hoitojaksojen määriin.

Huumaus- ja lääkeainemyrkytykset ovat lähes aina hoitojakson päädiagnooseja.

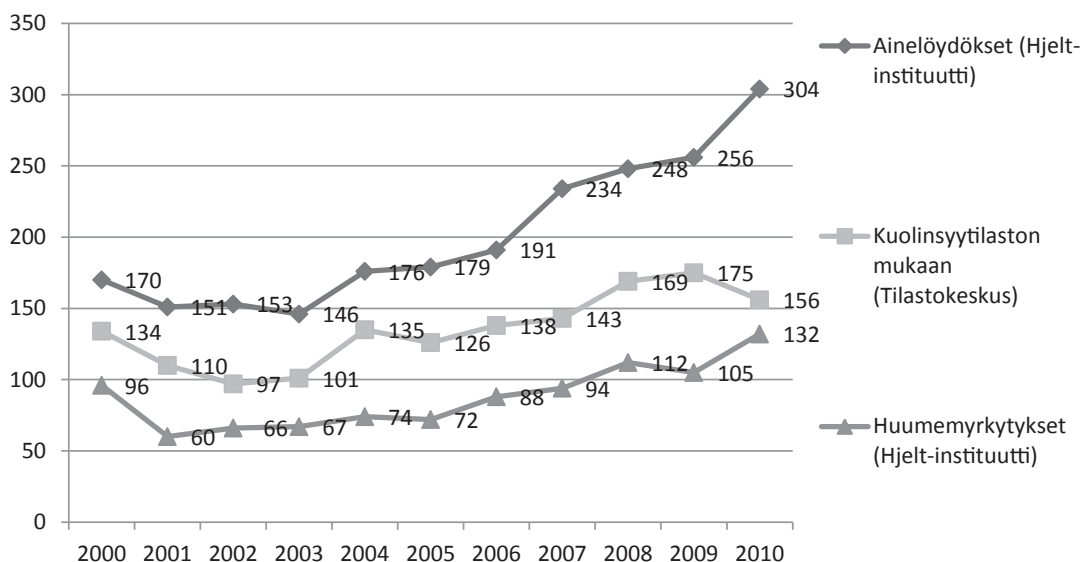
### 6.3 Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus

Huumausainekuolemia voidaan tarkastella kolmella tavalla: ainelöydösten, kuolemansyiden ja tapaturmaisten myrkytysten perusteella. Ainelöydösten määrä perustuu ruumiinavauksissa tehtyihin positiivisiin huumausainelöydöksiin. Tällöin huumausaineella ei välttämättä ole välitöntä tai merkittävää välillistä syytä kuolemaan. Suo-messa tutkitaan huumeiden varalta kaikki epäselvät tai epäilyksen alaiset kuolemat. Kuolemansyiden mukainen tilastointi perustuu EMCDDA:n protokolla<sup>55</sup>, jossa huumeekuolemiksi on määritelty tahalliset ja tahattomat myrkytykset sekä huumeiden käytöstä johtuva mielenterveyden häiriö. Suomessa kuolemansyytilastoa ylläpitää

<sup>55</sup> Kansallisista kuolemansyytilastoista tehdään WHO:n ICD-10-koodiston mukaiset poiminnat. Protokolla saatavana pdf-dokumenttina: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1419>.

Tilastokeskus. Tapaturmaisia myrkytyskuolemia on tarkasteltu vuoden 2007 osalta erillisellä selvityksellä.

Kuviossa 12 huumausainekuolemien kehitystä kuvataan huumausainelöydösten ja kuolinsyiden ja huumemyrkytysten perusteella. Muutokset näissä huumausainekuolematilastossa ovat 2000-luvulla varsin yhtenevät. Poikkeuksen muodostaa löydöslukujen voimakas lisääntyminen vuonna 2007 ja kuolinsyytilastossa seuraavana vuonna.



**Kuvio 12. Huumausainekuolemat ainelöydösten, kuolinsyytilastojen ja huumemyrkytysten perusteella 2000–2010.**

Lähde: Hjelt-instituutti ja Tilastokeskus (2012).

Oikeuskemiallisen tutkimuksen paljastamat huumausainelöydökset ovat edelleen yleistyneet. Vuonna 2008 ainelöydösten määrä kasvoi 14 tapauksella, 8 tapauksella vuonna 2009 ja 48 tapauksella vuonna 2010. Erityisesti buprenorfiinin ja amfetamiiniryhmän löydökset ovat lisääntyneet (taulukko 9). (Vuori ym. 2012.)

Buprenorfiinin huumausainekäyttö aiheutti 46 myrkytyskuolemaa vuonna 2010. Yleensä buprenorfiinin väärinkäytön aiheuttamissa myrkytyskuolemissa aine on nautittu pistämällä tai nuuskaamalla. Samanaikaisesti käyttäjä on ollut usein alkoholin ja bentsodiatsepiinien vaikutuksen alaisena ja tyypillisesti kuolema on tapahtunut henkilön nukkuessa. Buprenorfiinin jälkeen eniten huumausainekuolemia aiheutti tramadoli (26 tapausta), fentanyl (16 tapausta), metadoni (15 tapausta), kodeiini (7

tapausta), ja oksikodoni (5 tapausta). Heroiinia ja morfiinia todettiin kumpaakin yhdessä tapauksessa. (Vuori ym. 2012.)

Amfetamiiniryhmään on tilastoitu myös amfetamiinin tapaan ja sen korvikkeena käytetty MDPV, joka oli yleisin vainajanäytteissä todettu muuntohuume. Ekstaasi-löydöksiä (MDMA) oli vuosina 2008–2010 alle kymmenen vuosittain. Metamfetamiini oli vuosina 2008–2010 selvästi yleisempi löydös: 11, 17 ja 18 vainajassa. Amfetamiinilöydöksille on tyypillistä usean amfetamiiniryhmän löytyminen samanaikaisesti. (Vuori ym. 2012.)

Uusista muuntohuumeista Suomessa todettiin 2010 vainajanäytteissä metylonia, mCPP:tä, 4-fluorimetamfetamiinia, 3-fluorimetamfetamiinia ja desoksipipradrolia (2-DPMP) kerran kutakin yhdistettä ja mefedronia kahdessa vainajassa.<sup>56</sup> (Vuori ym. 2012.)

Vuonna 2009 vainajista todettiin poikkeuksellisen usein GHB:tä, 11 vainajassa, kun edellisenä vuotena löydöksiä oli vain 1 ja seuraavana vuonna 3. (Vuori ym. 2012.)

Vuonna 2010 kannabislöydöksiin liittyi 38 prosentissa tapauksista myös amfetamiinia ja 45 prosentilla todettiin buprenorfiinia. Kolmasosassa tapauksista todettiin myös alkoholia ja bentsodiatsepinit olivat niin ikään tavanomainen samanaikainen löydös. Vuodesta 2007 pregabaliinilöydökset ovat yleistyneet ja pregabaliinia todettiin vuonna 2010 huumausaineita käyttäneiden ryhmässä 65 vainajassa. Tulosten perusteella pregabaliinin päihdekäyttö liittyy usein opioidien väärinkäyttöön. (Vuori ym. 2012.)

Lääkeainemyrkytyksiin kuolleista (luokassa ovat mukana myös huumausaineet) vähän yli 60 prosenttia oli miehiä. Itsemurhien osuus lääkeainemyrkytyksistä oli 43–47 prosenttia tutkimusvuosina 2008–2011 ja osuus vaihteli eri lääkeaineryhmien aiheuttamissa kuolemissa. Kun löydös oli jokin beetasalpaajaa, masennuslääke, psykoosilääke tai unilääke, itsemurhien osuus oli keskiarvoa suurempi. Opioidimyrkytyskuolemista itsemurhia oli vain neljäsosa ja tapaukset painottuvat kodeiini- ja tramadolilöydöksiin. Yleisesti väärinkäytetyn buprenorfiinin aiheuttamat myrkytyskuolemat olivat harvoin itsemurhia, vuosina 2008 ja 2009 ei yksikään.

<sup>56</sup> Muuntohuumeista MDPV on luokitettu huumausaineeksi 2011 ja metyloni, mCPP sekä 2-DPMP vuonna 2012.



**Taulukko 9. Oikeuskemiallisissa kuolinsyytutkimuksissa todetut huumausainelöydökset vv. 2006–2010\*.**

	2006	2007	2008	2009	2010
Heroiini	2 (2)	1 (1)	3 (3)	3 (3)	2 (1)
Buprenorfiini	88 (28)	97 (35)	104 (34)	111 (34)	156 (46)
Kannabinoidit	99	94	93	119	116
Amfetamiinit	64 (10)	94 (9)	73 (9)	94 (12)	113 (10)
Metadoni	21 (3)	26 (16)	33 (16)	34 (18)	34 (15)
Kokaiini	1 (0)	3 (0)	3 (0)	4 (0)	4 (1)
Gamma	6 (5)	2 (1)	1 (1)	11 (6)	3 (2)
<b>Yhteensä</b>	<b>191</b>	<b>234</b>	<b>248</b>	<b>256</b>	<b>304</b>

\* Sulkeissa tapaukset, joissa aine on ollut myrkytyskuoleman tärkein löydös. Tieto lääkeaineiden huumausainekäytöstä on saatu oikeuslääkärin antamista taustatiedoista tai kuolintodistuksesta.

\*\* Gammahydroksibutyraatti tai vastaava laktoni

\*\*\* Sisältää lueteltujen lisäksi muita huumausaineina käytettyjä lääkeaineita

Lähde: Vuori; Ojanperä; Launiainen; Nokua; Ojansivu 2012.

### Pohjoismainen tutkimus vuoden 2007 huumekuolemista Suomen osalta

Pohjoismainen tutkimusryhmä kävi läpi kaikki vuoden 2007 positiiviset huumausainelöydöstapaukset ja pyrki selvittämään millaisia ovat pohjoismaiset huumeisiin liittyvät kuolemat ja missä suhteessa eri huumausaineet aiheuttavat huumeisiin liittyviä kuolemia.<sup>57</sup> Suomen osalta tapauksista kävi ilmi, että Suomessa tapahtuu 4,02 huumeisiin liittyvää kuolemaa 100 000 asukasta kohden. Pohjoismaisesti verrattuna vuonna 2007 kuolinpaikoista 29–35 prosenttia oli pääkaupunkiseudulla, kun taas vuonna 1991 vastaava luku oli 53–75 prosentin välillä. Suomessa noin 15 prosenttia kuolleista vuonna 2007 oli naisia. Eniten kuolleita oli 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä. Huumeisiin kuolleiden keski-ikä nousi Suomessa vuodesta 2002 vuoteen 2007. Kuolleiden määrä myös kasvoi 20–29- ja 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. (Simonsen ym. 2011.)

Huumausaineluokituksittain jaoteltuna I-ryhmän aineet kuten kokaiini, fentanyyli, heroiini/morfiini, ketobemidoni, metadoni, oksikodoni jne. aiheuttivat 40 % huumeisiin liittyvistä kuolemista. Ryhmän II aineista (esim. amfetamiini, metamfetamiini, MDMA jne.) eritoten amfetamiini aiheutti jonkun verran (7 %) kuolemia.

<sup>57</sup>Tutkimus oli viides samanlainen tutkimus mitä Pohjoismaissa on tehty 23 vuoden aikana. Tutkimuksen aineistona on käytetty oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten ja toksikologisten analyysien tietoja viidestä Pohjoismaasta (Suomi, Ruotsi, Norja, Tanska, Islanti). Tietoa verrattiin vuosien 1991, 1997 ja 2002 vastaaviin tietoihin. Huumeidenkäyttäjäksi määriteltiin henkilö, joka on poliisin tietojen tai ruumiinavausraportin mukaan käyttänyt huumausaineita koskevassa kansainvälisessä yleissopimuksessa vuodelta 1961 listoille I tai II määriteltäviä aineita tai psykotrooppisia aineita koskevassa yleissopimuksessa vuodelta 1971 listoille III tai IV mainittuja aineita. Kuolemansyissä määriteltiin ensisijainen myrkytyksen aiheuttaja ja sekakäytössä eniten löydetty ja todennäköisesti kuoleman aiheuttanut huumausaine.

Heroiini- tai morfiinikuolemat lähestulkoon hävisivät vuoteen 2007 mennessä. Suomessa kuoli suhteessa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ryhmien III (kuten bentsodiatsepiini, buprenorfiini, meprobamaatti, tsolpideemi jne.) (35 %) ja IV (17 %) aineisiin (muut huumeet ja myrkyt, ml. etanoli ja hää). Buprenorfiinilöydöksiä tavattiin huumausainelöydöksistä eniten ja siihen liittyvät kuolemat kasvoivat vuodesta 2002 (16 tapausta) vuoteen 2007 kaksinkertaiseksi (32 tapausta) ollen 25 % kaikista huumeisiin liittyvistä kuolemista. Metadonin aiheuttamia kuolemia ei aiemmissa tilastoissa esiintynyt, mutta vuonna 2007 metadonin aiheutti 16 kuolemantapausta. Metadonin aiheuttamat kuolemat viittaavat opioidikorvaushoitoon käytettävän metadonin valumiseen laittomille markkinoille. Tramadolista aiheutuneet kuolemat lisääntyivät vuodesta 2002 (9 tapausta) vuoteen 2007 (14 tapausta). Sekakäyttö oli yleistä kaikissa Pohjoismaissa, eritoten Suomessa käyttöä kuvasi etanolin ja useampien (keskimääräisesti mitattuna viiden) aineen käyttö samanaikaisesti. (Simonsen ym. 2011.)

### Tutkimus huumeisiin liittyvistä kuolemista

Vuonna 2009 julkaistiin tutkimus, jossa käytiin läpi perusteellisesti vuonna 2007 huumeisiin liittyneet kuolemat (Salasuo ym. 2009). Tutkimuksessa aineistona olivat kaikki vuoden 2007 kuolinsyyasiakirjat, joissa vainajasta löytyi huumausainejäämiä oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen yhteydessä.

Vuonna 2007 huumeisiin liittyvistä 234 kuolemasta 142 johtui tapaturmaisesta yliannostuskuolemasta, joista 83 oli huumeperäisestä ja 59 huume- ja alkoholiperäisiä. Huumeperäisissä kuolemissa huumeidenkäyttö oli ollut pitkäaikaisempaa, usein suonensisäistä riippuvuuskäyttöä. Huume- ja alkoholiperäisissä kuolemissa sen sijaan ominaista oli sekoilu ja huumeidenkäytön kokemattomuus. Huumeiden käyttö vaikutti olleen itselääkinnällistä 14 tapauksessa. Taustalla näkyi vakavia mielenterveysongelmia ja somaattista sairastelua. (Salasuo ym. 2009.)

Itsemurhat olivat syynä 45 kuolemassa. Itsemurhien takaa paljastui ennen kaikkea mielenterveysongelmia. Naisten osuus itsemurhista oli 12, mikä oli selvästi korkeampi osuus kuin muissa huumeisiin liittyvissä kuolemissa. Kuolleiden keski-ikä ja mediaani oli keskimäärin pienempi mitä muissa alaryhmissä. Kuolemantapauksista 21 johtui tapaturmista, 20 sairauksista ja 6 henkirikoksista. (Salasuo ym. 2009.)

Suurimmassa osassa kuolemista löytyi oikeustieteellisessä ruumiinavauksessa useita huumausaineita. Myös alkoholilla oli merkittävä rooli. Opioidit olivat aine-ryhmistä useimmin tärkein löydös ja yli puolet opioidikuolemista oli kahden opioidikorvaushoidossa käytettävän aineen (buprenorfiinin ja metadonin) aiheuttamia. Kaikki opioidikuolemat olivat lääkeopioidien aiheuttamia ja bentsodiatsepiinit tai alkoholi liittyivät kaikkiin kuolemantapauksiin.

Amfetamiinikuolemantapaukset poikkesivat opioidikuolemista. Kuolemantapauksiin ei liittynyt alkoholia ja kuolleet olivat keski-ikänsä vanhempia mitä opioideihin kuolleet. (Salasuo ym. 2009.)

Mikko Piispan jatkoi pro gradu tutkielmassaan<sup>58</sup> vuoden 2007 kuolemantapausten analysointia erityisesti nuorissa ikäryhmissä. Tutkimuksessa kävi ilmi sekakäytön yleisyys, nuorten huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö ja mielenterveysongelmat. Sekakäytön vaarojen ymmärtämättömyys näkyi nuorilla erityisesti opioidi-, bentsodiatsepiini- ja alkoholitapauksissa. (Piispa 2010a.)

Piispa luokitteli huumeisiin kuolleet narkomaaneiksi, sekoilijoiksi ja itselääkitsijöiksi. Piispan tulkinnan mukaan noin puolessa huumeisiin liittyvistä kuolemista kuolleiden voidaan katsoa olleen narkomaaneja, joiden käyttö oli pakonomaista ja joilla oli esimerkiksi diagnosoitu päihderiippuvuus. Tähän luokkaan kuuluvat vainajat olivat yli 20-vuotiaita. Sekoilijat olivat noin 15–30-vuotiaita, joiden huumeidenkäyttö ei ollut (vielä) pakonomaista. Itselääkitsijät lievittivät mielenterveysongelmia (yli 20-vuotiaat) tai somaattisia sairauksia (yli 30-vuotiaat) huumeiden avulla. Useilla itselääkitsijöillä oli lääkärin määräämä lääkitys, mutta he käyttivät lisäksi muita aineita. (Piispa 2010a.)

Kuudennes (17 %) kaikista nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) kuolemista liittyi huumeisiin vuonna 2007. Tapaturmaisista huumausaine- tai sekakäyttömyrkytyksiä oli kymmenesosa (8–11 %) <sup>59</sup> kaikista 15–34-vuotiaiden kuolemista. Ikäluokan merkittävimpiä kuolemansyitä olivat vuonna 2007 taudit (29 %), itsemurhat (27 %) ja tieliikennetapaturmat (17 %). Vastaavasti alkoholimyrkytyksiä oli ainoastaan 3 prosenttia ikäluokan kuolemista. Tarkasteltaessa laajempaa 15–44-vuotiaiden ikäluokkaa, huumeet liittyvät 11 prosenttiin kaikista kuolemista ja tapaturmainen huumausainemyrkytys on kuolinsyynä 5–7 prosentissa<sup>60</sup> tapauksia. Suurin osa (88 %) kuolleista oli miehiä. Kuolleiden keski-ikä oli 31 vuotta ja ikämediaani 28 vuotta. 20–24-vuotiaiden osuus kuolleista oli suurin. (Piispa 2010a.)

## Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007

Rekisteritutkimuksen<sup>61</sup> mukaan poliisin tietoon tullut huumerattijuopumus näyttää yleistyneen, sillä viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana huumerattijuopumustapausten ilmaantuvuus 18-kertaistui. Yleisimmät ainelöydökset huumerattijuoppojen veri- tai virtsanäytteissä olivat bentsodiatsepiinit sekä amfetamiinit. Eri pähteiden sekakäyttö oli myös hyvin yleistä. (Karjalainen 2011.)

<sup>58</sup> Tutkimuksen lähestymistapana oli aineistolähtöinen kvalitatiivinen tutkimus (Glaser & Strauss 1967 ja Charmaz 2006 tapaan).

<sup>59</sup> Tilastokeskuksen (2008) kuolinsyyrekisterin mukaisesti 8 %; Salasuon ym. (2009) mukaisesti 11 %.

<sup>60</sup> Tilastokeskuksen (2008) kuolinsyyrekisterin mukaisesti 5 %; Salasuon ym. (2009) mukaisesti 7 %.

<sup>61</sup> Tutkimuksen kohteena olivat poliisin v. 1977–2007 kiinni ottamat, huumerattijuopumuksesta epäillyt kuljettajat (epäiltyjä huumerattijuopumustapauksia ajanjaksolla yhteensä 31 963).

Huumerattijuoppojen sosiaalista taustaa tutkittaessa ilmeni, että sosiaalinen vähäosaisuus oli yhteydessä huumerattijuopumukseen<sup>62</sup>. Koska sosiaalisen vähäosaisuuden on osoitettu olevan yhteydessä päihteiden käyttöön myös yleisemmin, sosioekonomisten ryhmien välisten erojen kaventaminen on hyödyllistä sekä huumerattijuopumuksen että huumeidenkäytön vähentämisessä ja ennaltaehkäisyssä. Päihteiden käyttö aloitetaan usein varhain nuoruudessa, ja suurin osa huumerattijuopoista on nuoria, joten päihteiden käyttöön liittyvä ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen nuorten keskuudessa ovat ratkaisevan tärkeitä toimenpiteitä. (Karjalainen 2011.)

Tutkimuksen<sup>63</sup> mukaan huumerattijuopumuksesta epäillyillä henkilöillä kuolleisuus oli lähes kymmenkertainen verrattuna rattijuopumukseen syylistymättömään väestöön seuranta-ajan kuluessa. Erityisen korkea riski – 15–25-kertainen verrattuna suomalaisen yleisväestöön – oli niillä huumerattijuopumuksesta epäillyillä, joilla oli ensimmäisellä kiinnijäämiskerralla löydös kahdesta tai useammasta päihteestä samanaikaisesti (huumausaine/liikenteessä haitallinen lääke/alkoholi). Yleisimmät kuolinsyyt huumerattijuopumuksesta epäillyillä olivat itsemurha, tapaturmainen huumeiden tai lääkkeiden yliannostus sekä alkoholiperäinen sairaus tai tapaturmainen alkoholimyrkytys. Kuolemaan päätyneistä huumekuljettajista noin kaksi kolmasosaa ja vertailuväestöstä noin viidennes oli päihtyneenä kuolinhetkellään. Päihtymyksen merkitys myötävaikuttavana kuolinsyynä korostui erityisesti silloin, kun pääasiallinen kuolinsyy oli liikenneonnettomuus tai väkivalta. (Karjalainen 2011.)

Bentsodiatsepiinien laajamittainen käyttö huumerattijuopumuksesta epäillyillä oli yksi tutkimuksen keskeisimmistä löydöksistä. Tutkimus osoitti, että ennenaikaisen kuoleman riski oli korkeampi bentsodiatsepiinien kuin amfetamiinien käyttäjillä, ja että muiden päihteiden (alkoholin/huumeiden) käyttö yhtäaikaaisesti bentsodiatsepiinien kanssa oli hyvin yleistä. Vaikka bentsodiatsepiinien käyttötarkoituksesta ei ollutkaan tietoa, useissa tapauksissa lieenee kyse väärinkäytöstä, ja näin ollen huomiota tulisi entistä enemmän kiinnittää myös laillisiin lääkkeisiin ja niiden päihdekäyttöön. (Karjalainen 2011.)

Tutkimus osoitti myös sekakäytön yleisyyden epäillyillä huumerattijuopoilla. Tärkeäksi nähtiin, että huumerattijuopoille järjestettäisiin hoitoa ja kuntoutusta tuomio- ja rangaistusvaihtoehtojen rinnalla, koska huumerattijuopumuksesta kiinni jääminen voisi olla hyvä ajankohta päihteiden väärinkäyttäjien tavoittamiselle ja hoitoonohjaukselle. (Karjalainen 2011.)

<sup>62</sup> Poliisin vuosina 1993–2006 huumerattijuopumuksesta epäilemien henkilöiden (n = 5 859) sosiaalista taustaa verrattiin suomalaista väestöä edustavaan verrokkiryhmään (n = 74 809). Sosiaalisia taustatekijöitä huumerattijuopumuksen ennustajana arvioitiin logistisen regression avulla.

<sup>63</sup> Tutkimuksen kohteena olivat poliisin v. 1993–2006 kiinni ottamat, huumerattijuopumuksesta epäillyt kuljettajat (n = 5 832) ja heidän kuolleisuuttaan verrattiin suomalaiseen perusväestöön. Kuolleisuutta arvioitiin käyttämällä Kaplan-Meier-menetelmää ja Coxin regressiota.

## 7 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen

Tunnetuimpia huumehaittojen vähentämisen tapoja ovat terveysneuvonta, lääkkeelliset opioidikorvaushoito-ohjelmat sekä neulojen ja ruiskujen vaihtaminen suonensisäisesti huumeita käyttäville. Myös tiedon jakaminen turvallisesta käytöstä ja vertaistuki ovat haittoja vähentävän päihdetyön ydinsisältöjä. Yliannostusten ehkäisemiseksi käyttäjille kerrotaan oikeista annosmääristä sekä korostetaan ensiavun hälyttämistä paikalle nopeasti. Asiaa käsitellään tarpeen mukaan käyttäjien kanssa myös huumehoidon yksiköissä. Huumekuolemien ehkäisytyötä tehdään osana tartuntatauteihin liittyvää terveysneuvontaa sekä ongelmakäyttäjien vertaisryhmien toiminnassa. Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää koulutusta on jonkin verran osana sosiaali- ja terveydenalan peruskoulutusta.

Erityisesti matalan kynnyksen hoitopalvelujen toiminta on ollut tärkeää ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisyssä ja vähentämisessä. Huumeidenkäyttäjille tarkoitettuja erillisiä terveys- ja sosiaalineuvontapisteitä on noin 35 paikkakunnalla ympäri Suomea.

Päihdepalvelujen laatusuosituksen mukaan päihdeongelmaiset, joilla on vakavia mielenterveydellisiä ongelmia, ovat nykyisessä palvelujärjestelmässä helposti väliinputoajia päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä. Laatusuosituksen mukaisesti asiakasta pyritään auttamaan ensisijaisesti siinä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä, johon hän hakeutuu. Kunnassa tulee olla selkeästi sovittu päihdepalvelujen työnjako. Erityisesti mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmaisten pääasiallinen hoitovastuu tulee olla määriteltä.

Terveysneuvontapiste tai muu matalan kynnyksen toiminta on osoittautunut myös hyväksi keinoksi saada kontakti huumeidenkäyttäjiin. Terveysneuvontapisteissä asiakkaiden ohjaus- ja neuvonta nousee asiakkaiden tarpeesta. Tavoitteet asetetaan asiakkaan toiveiden ja kykyjen mukaan. Ensisijainen tavoite on suonensisäisen huumeidenkäytön välityksellä tarttuvien infektioitautien ehkäisy ohjaamalla mahdollisimman hygieeniseen tapaan käyttää aineita. Jos asiakas osoittaa halukkuutta huumeidenkäytön vähentämiseen tai lopettamiseen, keskustellaan eri vaihtoehtoista tavoitteen toteuttamiseksi. Anonyymien tiedonkeruun perusteella terveysneuvontapisteissä asioi noin 11 500 asiakasta vuonna 2011. Käyntejä oli noin 85 000 ja ruiskuja ja neuloja vaihdettiin 309 kappaletta asiakasta kohden. Asiakkaita kävi eniten Helsingin (noin 8 350 asiakasta), Vantaan (noin 900 asiakasta), Turun (noin 890 asiakasta), Espoon (noin 825 asiakasta) ja Tampereen (noin 568 asiakasta) terveysneuvontapisteissä.

Huumeisiin liittyvien tartuntatautien hoitoa ja ehkäisevää työtä toteutetaan terveydenhuollon peruspalveluissa, terveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalveluissa, terveysneuvontapisteissä ja apteekkeissa, joissa myydään neuloja ja ruiskuja. Hiv-tartunnan saaneiden hoidosta vastaavat yliopistolliset sairaalat alueensa keskus-, alue- ja psykiatristen sairaaloiden kanssa. Vuoden 2004 alusta voimaan tulleen tartuntatautiasetuksen muutoksen (1383/2003) mukaan kuntien tulee huolehtia terveyskeskusten toimialueella tartuntatautien vastustamistyöstä, johon kuuluvat esimerkiksi tartuntatauteja koskevaa tiedottaminen ja terveysneuvonta. Kohderyhmään kuuluvat myös ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta ja tarpeen mukaan pistovälineiden vaihtaminen. Myös ilmainen A- ja B-hepatiittirokotus kuuluu nykyään yleisessä rokotusohjelmassa huumeita pistämällä käyttäville. Apteekit toimivat tärkeinä ja täydentävinä ruiskujen ja neulojen hankintapisteinä alueilla, missä ei ole terveysneuvontapisteitä.

Vuonna 2011 terveysneuvontapisteissä vaihdettiin 3,5 miljoonaa pistovälinettä<sup>64</sup>. Vuonna 2003 on tehty viimeisin kyselytutkimus apteekkien kautta myytävistä ruiskujen ja neulojen määrästä. Tuolloin apteekit myivät 600 000 neulaa tai ruiskua vuodessa.

Terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden verkkosivut<sup>65</sup> tarjoavat tietoa toimipisteiden paikoista, haittojen vähentämisestä, kenttätyöstä ja vertaistukitoiminnasta. Verkkosivuilla on myös materiaalipankki, jossa on tietoa mm. tarttuvista taudeista, eri päihteistä, terveysneuvonnasta, seksuaaliterveydestä ja ensiavusta yliannostustilanteissa. (A-klinikkasäätiö 2012.)

## 7.1 Huumausaineista johtuvien ensiaputilanteiden ja huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen

Huumeiden käyttäjille suunnattua tietoa ensiaputilanteissa toimimisesta sekä yliannostuskuoleminen ehkäisemistä annetaan osana kaikkea terveysneuvontatyötä. Huumeisiin liittyvien kuolemien lisääntyminen on huomioitu myös viranomaistahoilla<sup>66</sup>. Huolta aiheuttaa opioidien, bentsodiatsepiinien tai alkoholin sekakäyttö, joka näkyi myös keväällä 2011 ilmestyneen tutkimuksen<sup>67</sup> tuloksista. Sekakäyttö näytti olevan keskeinen osa huono-osaisten huumeongelmaisten käyttökulttuuria Helsingissä. Opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäyttö aiheuttaa merkittävän osan huumekuolemista nyky-Suomessa. Tutkimuksen johtopäätöksissä nähtiin, että huumekuolemien ehkäisemiseksi olisi tarpeen informoida käyttäjiä yhteis-

<sup>64</sup> Ruiskua ja neulaa.

<sup>65</sup> Suomenkieliset sivut osoitteessa <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/>

<sup>66</sup> Mm. julkaisut huumausainekuolemista; sosiaali- ja terveysministeriön seminaari huumekuolemista 2008 sekä toukokuussa 2011 Helsingin Diakonissalaitoksen pitämä huumeiden haittoja vähentävän työn seminaari.

<sup>67</sup> Tutkimuksessa huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteistä sekä niiden käyttötavoista ja hankinnasta haastateltiin sataa helsinkiläistä huumeiden käyttäjää suomeksi käännetyn yhteiseurooppalaisen strukturoidun haastattelulomakkeen avulla. Tutkimus oli osa Quaf2-hanketta (Second Multi-City Study on Quantities and Financing of Illicit Drug Consumption.) (Tammi ym. 2011.)

käytön riskeistä. Lisäksi tulisi kiinnittää erityistä huomiota lääkkeiden päihdekäyttöön ja selvittää, miten lääkemääräyskäytäntöjä voitaisiin kehittää päihdekäyttöä ehkäisevään suuntaan. (Tammi ym. 2011.)

Huumausaineista saa tietoa ympärivuorokautisesti muun muassa kolmannen sektorin puhelinpalvelusta. Puhelinneuvontaa on tarjolla anonyymisti ja se on soittajalle maksutonta. Apua saa myös tekstiviestitse Mobiilivinkki tekstiviestipalvelusta (ilmaisnumero 18182). Lisäksi A-klinikkasäätiön, Elämä On Parasta Huumetta ry:n ja Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämä nopean huumeviestinnän rinki NOPSA jakaa tietoa huumeisiin ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä. NOPSA viestii eri kohderyhmille tarpeen mukaan. NOPSA tiedottaa Päihdelinkki- ([www.paihdelinkki.fi](http://www.paihdelinkki.fi)) ja Vinkki-sivustoilla ([www.vinkki.info](http://www.vinkki.info)), käyttää tarvittaessa hyväksi Mobiilivinkki-tekstiviestipalvelua ja tekee tiedotteita. Suomen punainen risti ylläpitää nopean huumeviestinnän verkostoa (NOVI), joka välittää verkostolleen tietoa huumeista ja niiden käyttöön liittyvistä uusista ilmiöistä.

Janne Liisanantin väitöstutkimus selvitti akuutin lääkeainemyrkytyspotilaan ennustetta ja ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä. Erityisesti selvitettiin riskitekijöitä hoitojakson pitkittymiseen, uusintahoitajaksiin ja myrkytyspotilaiden pitkäaikaisennustetta.<sup>68</sup> (Liisanantti 2012.)

Sairaalahoitoisen, akuutin lääkeainemyrkytyksen ennuste oli hyvä, ja jopa tehohoitoa vaativat potilaat selvisivät lyhyellä sairaalahoitojaksolla. Kuolleisuus hoitojakson aikana oli 1,6–2,3 prosenttia tehohoitoon joutuneilla potilailla. Vaikeissa, tehohoitoa vaativissa myrkytyksissä todettiin mahansisällön hengitysteihin joutumisesta seuraavan aspiraatiokeuhkokuumeen olevan yleinen komplikaatio ja se johti pitkittyneeseen tehohoitoon. Ennen sairaalaan tuloa suoritettu hengitysteiden varmistaminen hengitysputkella (intubaatio) pienensi aspiraatiokeuhkokuumeen riskiä. Muita riskitekijöitä pitkittyneeseen tehohoitoon olivat sairaalaan tullessa todettu hengitysvajaus, munuaisten toiminnan vaje ja matala veren verihiutalearvo. (Liisanantti 2012.)

Sekä nuorilla että aikuispotilailla todettiin olevan paljon uusintakäyntejä myrkytysten vuoksi (7–21 %). Uusintakäyntejä oli erityisesti nuorilla, joilla myrkytystapahtumaan liittyi impulsiivista käyttäytymistä. Keskimäärin 14 vuoden pitkäaikaisseurannassa 30,4 prosenttia myrkytyksen vuoksi sairaalaan joutuneista potilaista menehtyi. Ikä- ja sukupuolivakioitujen verrokkien keskuudessa vastaava kuolleisuus oli 13,6 prosenttia. Sydän- ja verisuonitautikuolemat olivat myrkytyspotilailla yleisiä. Myös tapaturmat, myrkytykset ja itsemurhat olivat yleisempiä kuolinsyitä tutkimusjoukossa kuin vertailuväestössä. (Liisanantti 2012.)

Tutkimuksessa selvisi, että akuuttien myrkytyspotilaiden ennuste on hyvä sairaalahoidon aikana, mutta pitkäaikaiskuolleisuus on yli kaksi kertaa suurempi kuin vertailuväestön. Erityisesti hengityselimistön toiminnan häiriöt ovat riskitekijöitä pitkitty-

<sup>68</sup> Tutkimusjoukkona oli Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1985–2006 hoidetut lääkeainemyrkytyspotilaat ja lisäksi suomalaisilla teho-osastoilla vuosina 1998–2004 hoidetut lääkeainemyrkytyspotilaat.

neeseen hoitojaksoon. Kuolleisuus ennaltaehkäistäviin syihin, kuten itsemurhiin sekä sydän- ja verisuonitauteihin, on huomattava pitkäaikaisseurannassa. (Liisanantti 2012.)

## 7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito

Yli kaksi kolmesta (64 %) päihdehuollon huumeasiakkaista oli joskus käynyt kaikissa kolmessa, hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C -testissä. Joskus ruiskuhuumeita käyttäneistä huumehoidon asiakkaista<sup>69</sup> hiv-positiivisia oli noin kaksi prosenttia. Vastavasti hepatiitti C -positiivisia oli 75 prosenttia ja hepatiitti A -positiivisia kolme prosenttia ja hepatiitti B:n kantajia noin viisi prosenttia. Huumehoidon tietojärjestelmän tulosten mukaan ruiskuhuumeita joskus käyttäneistä huumehoidon asiakkaista yli puolet (52 %) oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokoteannoksen. Kaikki kolme rokoteannosta oli saanut 39 prosenttia asiakkaista.<sup>70</sup> (Forsell 2012a.)

Terveysneuvontapisteissä on mahdollisuus vaihtaa pistovälineitä sekä saada lisäksi erilaista terveysneuvontaa, pienimuotoista terveydenhoitoa, testi- ja rokotuspalveluja sekä palveluohjausta. Terveysneuvontapistetoimintaa on kaikissa yli 100 000 asukkaan kunnissa, ja kaiken kaikkiaan terveysneuvontapalveluja tarjotaan yli 35 paikkakunnalla. Monissa pisteissä voi käydä maksuttomassa ja anonymisissä hiv-pikatestissä. Myös käyttäjien läheiset voivat halutessaan asioida pisteessä. Osa terveysneuvontapisteistä tekee myös kenttätöitä. Kenttätöiden avulla pyritään tavoittamaan päihteiden käyttäjiä, jotka ovat palvelujärjestelmän tavoittamattomissa ja saattamaan heidät palvelujärjestelmän piiriin.

**Taulukko 10. Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2001–2011.**

	2001	2003	2005	2007	2009	2010	2011
<b>Terveysneuvontapisteet</b>	18	24	~26	<30	<30	<30	<30
<b>Asiakkaat</b>	8400	9 300	11 800	12 600	13 291	14 193	11 432
<b>Käynnit</b>	44 500	70 600	80 500	90 000	79 735	83 450	84 586
<b>Ruiskua ja neulaa / asiakas</b>	113	150	161	190	233	242	309
<b>Vaihdetut välineet</b>	950500	1,4 milj.	1,8 milj.	2,4 milj.	3,1 milj.	3,4 milj.	3,5 milj.

Lähde: THL 2012.

Arviointitutkimuksen mukaan terveysneuvonpistetoiminta on ollut keskeinen tekijä hiv-infektion, A- ja B-hepatiitti-infektioiden ja osittain myös C-hepatiitti-infektioiden ehkäisemisessä ja epidemioiden torjunnassa ruiskuhuumeita käyttävien

<sup>69</sup> Itse ilmoitettu testaus ja tulos (lkm. = 1 583).

<sup>70</sup> Prosenttiosuudet ovat pienemmät kuin edellisen vuoden raportissa, koska ne on laskettu luvuista, joissa on mukana myös puuttuvat tiedot 18–30 %.



– ja välillisesti koko väestön – keskuudessa. Hiv-infektiotilanteelle asetetut kunnianhimoiset tavoitteet epidemian katkaisemisesta ja tapausmäärien vähenemisestä alle 30 uuteen tapaukseen vuosittain ovat toteutuneet. Terveysneuvontapistemalli on ollut hyvin kustannustehokas terveysinterventio, jonka pysyvyyden varmistaminen ja edelleen kehittäminen on hyvin tärkeää. (Arponen ym. 2008.)

### Tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta Suomessa

Riikka Perälä on väitöskirjassaan tutkinut huumehaittojen vähentämisen politiikkaa ja käytäntöjä.<sup>71</sup> Tutkimuksessa nostetaan esille, että huumeidenkäyttäjien kanssa työskennellessä tulisi kiinnittää tulevaisuudessa aikaisempaa paremmin huomiota huumeidenkäyttöön liittyvän moniongelmaisuuden konkreettisiin seurauksiin, kuten ongelmien hallintayrityksistä seuraavaan pakkotahtiseen elämänrytmiin ja käyttöön liittyvään emotionaaliseen kuormitukseen. (Perälä 2012.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että huumeidenkäyttäjät yrittivät saada elämänsä kuntoon monilla eri osa-alueilla: hakeutua koulutukseen, löytää asuntoa tai yöpymispaikkaa, saada hoitoa tai erilaisia tukia. Tämän lisäksi huumeiden hankintaan liittyi omat rutiininsa, joita huumeidenkäyttäjät kuvailivat melkeinpä työnä. Moni huumeidenkäyttäjä kaipasi lisää apua oman elämän hallintaan saamiseen. (Perälä 2012.)

Huumeidenkäyttäjät näkivät ongelmalliseksi palvelujärjestelmien tavat auttaa heitä, Moni käyttäjä esimerkiksi yritti hakea palvelujen ja hoidon kautta apua ongelmiinsa, mutta avun saamista esti palvelu- ja hoitojärjestelmän byrokraattisuus ja viileä kohtelu. Perälä mukaan ihmisten välistä vuorovaikutusta korostavan hoivan ulottuvuus onkin tällä hetkellä jäänyt liian vähäiselle huomiolle päihdehuollon suuntaviivoista keskusteltaessa. Tutkimusajankohtana vain haittojen vähentämisen politiikan toimintatavat näyttivät onnistuvan esimerkiksi palveluiden asiakaslähtöisyydessä. Huumeidenkäyttäjät itse kokivat saavansa terveysneuvontapisteestä ihmisistä kohtelua, joka oli heidän mielestään jo sinänsä merkittävää verrattuna muihin palveluihin. (Perälä 2012.)

Suomalaisessa haittojen vähentämisen politiikassa on Perälän mukaan onnistuttu myös yhdistämään menestyksellisesti huumeidenkäyttöön liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy, ja tästä politiikan ulottuvuudesta tulisi pitää kiinni Perälän mukaan myös jatkossa. Suomessa haittojen vähentäminen ja hoito eivät myöskään esiinny toisistaan erillisinä orientaatioina. Esimerkiksi eräs keskeinen haittojen vähentämisen osa-alue Suomessa on ollut palveluihin ohjaus ja myös työntekijät korostivat hoidon keskeisyyttä huumeongelman tärkeimpänä hallintakeinona. (Perälä 2012.)

<sup>71</sup> Tutkimuksessa käytettiin aineistoa, joka kerättiin yhdestä Etelä-Suomessa sijaitsevasta terveysneuvontapistestä vuosien 2003–2007 välisenä aikana etnografista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineiston pääosan muodostivat havaintomuistiinpanot ja työntekijöille ja asiakkaille tehty teemahaastattelut.

## 8 Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat ja niiden vähentäminen

Huumehoidon tietojärjestelmän tulokset kertovat samaa kuin monet muut ongelmakäyttäjien riskikäyttäytymistä, korvaushoitoa sekä hiv-tartuntoja koskevat tutkimukset: huumeiden ongelmakäyttäjillä on enemmän sosiaalisia ongelmia kuin väestöllä keskimäärin. Päihdehuollon huumeasiakkaista noin kaksi kolmasosaa on työttömiä ja kymmenesosa asunnottomia. Asiakkaiden koulutustaso on matala.

Päihdeongelmien hoidossa on korostettu moniammatillista yhteistyötä viranomaisten kesken. Päihteiden ongelmakäyttäjät ovat usein myös sosiaalisesti syrjäytyneitä ja huono-osaisia, ja heidän sosiaalinen tukiverkostonsa on huume kulttuuripainotteinen. Hoidolta ja kuntoutukselta edellytetään kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä otetta ja konkreettista auttamista. Tähän liittyvät niin sosiaalisen kuntoutuksen, työllistämisen kuin tuetun asumisen kokonaisuudet. Mukana ovat myös opetustoimen viranomaiset. Koulutuksen suunnittelu ja ammatinvalinnanohjaus kuuluvat nuorten osalta automaattisesti hoitoprosessiin.

Suomessa perustuslaki turvaa kansalaisten universaalit oikeudet peruspalveluihin. Suomen kuntia velvoittaa sosiaalihuoltolaki (710/1982). Siinä määritellään tehtävät, joista kunnan pitää huolehtia. Sosiaalihuoltolaissa säädetään sosiaalipalvelujen järjestämisestä, toimeentulotuen antamisesta, sosiaalisen luoton myöntämisestä, sosiaaliturvaetuksia ja niiden käyttöä koskevasta ohjauksesta ja neuvonnasta sekä sosiaalisten olojen kehittämisestä ja sosiaalisten epäkohtien poistamisesta. Universaaleja peruspalveluita täydentävät tietyille ryhmille kohdennetut erityispalvelut, kuten päihdehuolto ja lastensuojelu. Ehkäisevää lastensuojelutyötä tehdään osana perheille suunnattuja palveluita, esimerkiksi aikuisille suunnatuissa päihdepalveluissa selvittämällä lapsen hoidon ja tuen tarvetta.

### 8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen ja huumeiden käyttö

Huumehoidon tietojärjestelmä tuottaa vuosittain tietoa päihdehuollon huumeasiakkaista. Asiakkaiden sosiodemografinen tilanne on pysynyt hämmästyttävän samankaltaisena vuosikausia. Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (61 %) yleistä. Joka kymmenes (10 %) oli asunnoton. Korvaushoitoasiakkaista vain 5 prosenttia oli asunnottomia, kun muista opiaattien ongelmakäyttäjistä asunnottomia oli peräti 13 prosenttia. Tilannetta selittänevät sekä korvaushoidon tehokkuus ja asunto ensin -periaate. Avo- tai avioliitossa oli 22 prosenttia miehistä ja 39 prosenttia naisista. Avo- tai avioliitossa olevien asuinkumppani oli päihdeongelmainen 69 prosen-

tilla, naisilla (79 %) huomattavasti useammin kuin miehillä (41 %). Alle 18-vuotiaita lapsia oli 39 prosentilla asiakkaista. Vain 29 prosenttia vanhemmista asui lapsensa kanssa samassa taloudessa, ja 25 prosentilla lapset oli sijoitettuna lastensuojelun toimesta. Alle 20-vuotiaista asiakkaista puolet (52 %) asui vielä vanhempiensa kanssa. (Forsell 2012a.)

## 8.2 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan vaikeasti syrjäytyneiden henkilöiden paluuta yhteiskunnalliseen osallisuuteen vahvistamalla kuntoutettavan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain (189/2001) perusteella kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille ja sen tarkoituksena on parantaa heidän työllistymismahdollisuuksiaan. Laki velvoittaa kunnat ja työvoimatoimistot järjestämään yhteistyössä kullekin asiakkaalle sopivan palvelukokonaisuuden. Akuutissa päihdeongelmassa ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista aloittaa kuntouttavaa työtoimintaa, vaan asiakas ohjataan ensisijaisesti päihdehuollon palveluihin.

Sosiaalityöllä vahvistetaan tuen tarpeessa olevien kansalaisten voimavaroja ja tuetaan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen omaehtoista toimintaa ja selviytymistä. Tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä ja ratkaista sosiaalisia ongelmia ja näin ylläpitää ja edistää kansalaisten ja yhteisöjen hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta.

Yksilökohtaisessa sosiaalityössä sosiaalityöntekijät neuvovat ja ohjaavat asiakkaitaan, selvittävät asiakkaiden kanssa heidän ongelmiaan sekä järjestävät viranomaisverkostoissa muita tarvittavia tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät henkilön ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista.

Yhteisötyöllä ehkäistään sosiaalisten ongelmien syntymistä yhteisöissä sekä vahvistetaan ihmisten vaikutusmahdollisuuksia ja osallisuutta lähiyhteisönsä kehittämiseen. Yhteisötyössä sosiaalityöntekijät ja muut sosiaalialan ammattilaiset auttavat yksittäisiä henkilöitä ja ryhmiä lisäämään yhteisönsä hyvinvointia ja luomaan verkostoja yhteisön jäsenten ja eri hallinnonalojen virkamiesten sekä järjestöjen ja muiden tahojen kesken.

### Asunnottomuus ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma

Vuonna 2011 Suomessa oli yhteensä noin 7 400 asunnottomia, joista yksinäisiä asunnottomia oli hieman yli 7 000. Heistä pääkaupunkiseudulla oli noin 4 000. Asunnottomien perheiden määrä oli noin 350, ja näistä yli puolet olin Helsingissä. Pääteiden ongelmakäyttäjät kuuluvat asunnottomuuden riskiryhmään.

Suomessa kuntien yleisten sosiaalipalvelujen osana on mahdollisuus järjestää taloudellisesti tuettua asumista päihdeongelmallisille. Osa suomalaista päihdehuollon palvelujärjestelmää ovat päihdehuollon asumispalveluyksiköt. Ne on tarkoitettu päihdeongelmallisille, jotka tarvitsevat päivittäistä tukea omatoimiseen asumiseen.

Ympäristöministeriön pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma 2008–2011 jatkuu hallitusohjelman mukaisesti vuosina 2012–2015. Ohjelman tavoitteena on poistaa pitkäaikaisasunnottomuus vuoteen 2015 mennessä, vähentää pitkäaikaisasunnottomuuden riskiä tehostamalla sosiaalisen vuokra-asuntokannan käyttöä asunnottomuuden vähentämiseksi ja tehostaa toimenpiteitä asunnottomuuden ennaltaehkäisemiseksi. Vuoteen 2015 mennessä osoitetaan noin 1 000 asuntoa, tukiasuntoa tai hoitopaikkaa pitkäaikaisasunnottomille pääkaupunkiseudulla, joista Helsinkiin 750 sekä Espooseen ja Vantaalle yhteensä 250. Tampereelle, Turkuun, Lahteen, Kuopioon, Joensuuhun, Ouluun ja Jyväskylään tavoitteena on toteuttaa yhteensä vähintään 250 asuntoa, tukiasuntoa tai hoitopaikkaa vuoteen 2015 mennessä.

### Nuorten yhteiskuntatakuu

Hallitusohjelman 2012–2015 mukaisesti jokaiselle alle 25-vuotiaalle ja alle 30-vuotiaalle vastavalmistuneelle pyritään tarjoamaan työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikka viimeistään kolmen kuukauden kuluessa työttömäksi joutumisesta. Tämän toteuttamiseksi asetettiin syksyllä 2011 työryhmä valmistelemaan nuorten yhteiskuntatakuuksi kutsuttua esitystä. Toteuttaminen aloitetaan vuonna 2012 ja se saatetaan voimaan täysimääräisesti vuoden 2013 alusta. Nuorten työelämästä syrjäytymistä estetään työ- ja elinkeinohallinnon erilaisin toimenpitein. TE -hallinnon toimista huolimatta nuorten työttömyys on pysynyt korkeana. Työnvälitystilaston mukaan elokuussa 2011 alle 29-vuotiaita oli työttömänä työnhakijana 54 600, joista alle 25-vuotiaita oli 30 300. Heistä noin kolmanneksella oli pelkästään perusasteen koulutus. Lähes puolella työttömistä oli suoritettuna ammatillisen keskiasteen tai alimman korkea-asteen tutkinto.

Koulutustakuu on osa nuorten yhteiskuntatakuuta. Jokaiselle peruskoulun päättäneelle taataan jatkumahdollisuus lukiossa, ammatillisessa koulutuksessa, oppisopimuskoulutuksessa, työpajassa, kuntoutuksessa tai muulla tavoin. Perusta nuorten työllistymiselle luodaan perusopetuksessa. Perusopetuksen suorittaminen ei kuitenkaan riitä, vaan toisen asteen tutkinnon suorittaminen on käytännössä työmarkkinoille pääsyn ja jatko-opintojen perusedellytys. Koulutusjärjestelmän jokaisessa vaiheessa osa nuorista jää syrjään. Osa ei jatka lainkaan opintojaan peruskoulun jälkeen ja osa heistä, jotka jatkavat, eivät koskaan suorita tutkintoa.

Etsivä nuorisotyö auttaa alle 29-vuotiaita nuoria, jotka ovat koulutuksen tai työmarkkinoiden ulkopuolella. He tarvitsevat tukea kiinnittyäkseen tarjolla oleviin julkisen sektorin palveluihin. Valtionapua sai vuonna 2011 yhteensä 223 kuntaa, joihin oli tarkoitus palkata 270 etsivää nuorisotyöntekijää. Toiminta kattaa 70 % kunnista. Vuonna 2010 etsivä nuorisotyö oli yhteydessä lähes 11 000 nuoreen. Heistä 22 % määritteli itsensä työttömäksi, vaikkei ollut ilmoittautunut työnhakijaksi.

Nuorten yhteiskuntatakuu edellyttää yhteiskunnalta laaja-alaista eri toimijoiden yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa syrjäytymisen ehkäisemistä jo ennalta, mahdollisimman varhaista ongelmien havaitsemista ja tukea niiden ratkai-

semiseksi. Kun lapsen kasvu turvataan, hänellä on mahdollisuus kasvaa nuoreksi, joka on vahvasti mukana koulutuksessa ja työelämässä. Hallituskaudella sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ohjelmaa köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämiseksi. Se liittyy tiiviisti myös nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamiseen.

Hallitus on varannut yhteiskuntatakuun toimeenpanoon 60 miljoonan euron vuotuisen määrärahan. Työryhmän ensimmäisessä raportissa esitetään ratkaisut määrärahan kohdentamiseksi sekä muut ehdotukset yhteiskuntatakuun toteutukseen. Ehdotetuilla ratkaisuilla nuorten yhteiskuntatakuun toimeenpano voidaan aloittaa vuodesta 2013 alkaen.

Työryhmä on jakanut tehtävän kahteen osaan: ensin huolehditaan siitä, että palveluverkosto toimii yhteiskuntatakuun piiriin tulevien uusien nuorten osalta. Tarkoituksena on luoda järjestelmä, jossa kaikilla nuorilla on realistiset mahdollisuudet työllistyä, kouluttautua tai hakeutua muuhun toimintaan. Näillä toimilla luodaan tilanne, jossa syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten määrä ei enää uusista ikäluokista kasva.

Toisena painopisteenä huolehditaan 110 000:sta toisen asteen tutkintoa vailla olevasta nuoresta, jotka ovat syrjäytymisen vaaravyöhykkeellä. Heidän tukemisensa vakaalle työuralle toteutetaan lisäämällä koulutusta siten, että vuonna 2016 päästään niin sanottuun normaalitilanteeseen, jossa nuorten palveluverkosto toimii, eikä nuorten aikuisten joukossa ole laajassa mittakaavassa yhteiskunnalliseen marginaaliin ajautuneita henkilöitä. Tätä ei kuitenkaan ole mahdollista toteuttaa yhteiskuntatakuuseen varatulla 60 miljoonalla eurolla.

### **Kulttuurista lisäarvoa huumeidenkäytön ehkäisyyn**

Suomi järjesti elokuussa 2011 Helsingissä pohjoismaisen huumefoorumin, jonka aiheena oli muun muassa huumeiden käytön ja sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy kulttuurin avulla. Kokouksessa esitettiin, että poikkihallinnollista kulttuuri-, terveys- ja hyvinvointialojen työtä on tuettava ja kulttuuri on otettava osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon rutiineja.

Suomen Kulttuurirahasto käynnisti vuonna 2008 Myrsky-hankkeen, jolla haluttiin vahvistaa nuorten hyvinvointia sekä sosiaalista ja henkistä kasvua tuomalla taide ja kulttuuri heidän elämäänsä. Hankkeella pyrittiin myös juurruttamaan uusia nuorten taidetoiminnan tapoja. Myrsky suunnattiin ensisijaisesti 13–17-vuotiaille nuorille, joita on vaikea tavoittaa perinteisin keinoin. Nuoret osallistuivat ammattitaiteilijoiden ohjauksessa monenlaisiin taidehankkeisiin. Myrskyyn saivat lähteä kaikki nuoret, mutta erityistä huomiota kiinnitettiin syrjäytymisuhan alla oleviin. Osa taidehankkeista suunnattiin muun muassa maahanmuuttajille, mielenterveyskuntoutujille ja laitoksissa oleville nuorille. Kolmen vuoden aikana yli 14 000 nuorta on päässyt ammattilaisten ohjauksessa tekemään taidetta omista lähtökohdistaan. Myrsky-toiminnan arviointitutkimus osoittaa, että nuorten omista lähtökohdista lähtevä ja taiteilijoiden ohjaama taiteen tekeminen vahvistaa nuorten hyvinvointia. Tutkimuk-

sen mukaan taide lisää nuorten tyytyväisyyttä, elämäniloa sekä yhteisöllisiä valmiuksia ja taitoja. Taide myös vahvistaa nuorten yhteiskunnallista osallisuutta.

### Tutkimuksia sosiaalisesta huono-osaisuudesta

Sosiaalinen huono-osaisuus ja rikosalttius korreloivat siten, että mitä heikompi perheen taloudellinen tilanne on, sitä todennäköisimmin nuori on osallistunut rikoskäyttäytymiseen ja joutunut väkivallan uhriksi. 15–16-vuotiaille suomenkielisille yläasteen 9.-luokkalaisille tehdyn kyselytutkimuksen<sup>72</sup> perusteella myös kannabiksen kokeilu on sitä yleisempää mitä huonompi perheen taloustilanne on. Nuorista, jotka kuvailivat perheen taloudellista tilannetta erittäin hyväksi, vain 5 prosenttia kertoi käyttäneensä kannabista kuluvan vuoden aikana. Nuorista, jotka kuvailivat perheen taloustilannetta erittäin huonoksi, oli 14 prosenttia käyttänyt kannabista kuluvan vuoden aikana. Kannabiksen käyttö on myös sitä todennäköisempää mitä heikompa nuoren saama tuki ja kontrolli vanhemmiltaan on (4 % vahvan kontrollin, 9 % heikon kontrollin alaisilla nuorilla). (Kivivuori ym. 2009.)

Suomalaistutkimuksissa on todettu, että valtaosaa henkirikoksiin syyllistyvistä nuorista yhdistää lapsuudenperheessä esiintyneet häiriötekijät (epävakaus, hoidon laiminlyönti, päihteiden väärinkäyttö, perheväkivalta), varhainen häiriökäyttäytyminen (oppimis- ja käytösongelmat koulussa, pikkurikollisuus) sekä päihteiden nuorena aloitettu ongelmakäyttö. Nuorista henkirikoksentehtäjäistä puolet on diagnosoitu huumausaineiden käyttäjiksi rikosta seuranneessa mielentilatutkimuksessa. Huomatavalla osalla myös vanhemmat tai ainakin toinen vanhemmista on ollut alkoholin ongelmakäyttäjää. (Kivivuori ym. 2009.)

Huumausainerikoksesta ehdolliseen rangaistuksen saaneilla nuorilla on korkea uusimisriski. Tutkimuksen mukaan ehdollisesti rangaistujen nuorten sosiaaliset sidokset, ajankäyttö ja kognitiot vaikuttivat uusiutumisiin sitä enemmän mitä heikompi koulutus, asumistilanne sekä työ- ja opiskelutilanne valvotuilla oli. Huumausaineiden selvää tai huolestuttavaa käyttöä esiintyi 11 prosentilla ja vähäistä tai ajoittaista käyttöä 14 prosentilla valvottavista. Huumeiden ongelmakäyttäjiin kohdennettiin ehdollisen vankeuden aikana jossain määrin voimakkaampaa valvontaa. Mitä vaikeammaksi valvottavan päihdeongelma katsottiin, sitä enemmän valvonnan sisällöissä keskityttiin juuri päihdeongelmaan. (Harrikari 2010.)

Lyhytaikaisvankeja koskeneessa tutkimuksessa kaikkein huono-osaisimpia vankeja olivat lapsuudessa ja nuoruudessa rikosuransa aloittaneet nuoret vangit. Heidän keskuudessaan rikoskäyttäytyminen oli aktiivisinta myös aikuisena ja he käyttivät muita aikaisemmin ja muita enemmän alkoholia ja huumeita. Heillä oli myös vähi-

<sup>72</sup> V. 2008 itseilmoitettua rikollisuutta koskevaan kyselyyn vastasi 5 826 nuorta. Perusjoukkona ovat koko maan suomenkielisten yläasteiden yhdeksännen luokka-asteen oppilaat eli 15–16-vuotiaat. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen nuorisorikollisuuskysely suoritetaan säännöllisin väliajoin. Kysely sisältää kysymyksiä 21 kielletystä tai rikollisesta teosta. Kaikkien tekojen kohdalla on kysytty onko nuori tehnyt koskaan elämänsä aikana kyseistä tekoa ja onko hän tehnyt teon kyselyhetkeä edeltävän vuoden aikana.

ten luottamusta siihen, että he voisivat saada laillisia palkkatuloja vapautumisen jälkeen. (Kivivuori & Linderborg 2009.)

# 9 Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa

## 9.1 Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Tilastoitu huumausainerikollisuus lisääntyi voimakkaasti 1990-luvulla. Samoin huumeiden käyttöön liittyvä oheisrikollisuus, kuten omaisuusrikollisuus ja huumeiden aiheuttamat liikennejuopumukset, kasvoivat 1990-luvulla. Vuosituhannen vaihteen jälkeen kasvu taittui. Huumeperusteisten liikennejuopumusten tilastollista kasvua lisäsi vuonna 2003 käyttöön otettu huumeiden nollatoleranssi liikenteessä. Muutamien viimeisten vuosien aikana tilastoitu huumausainerikollisuus on ollut jälleen nousussa. Vuonna 2011 kirjattiin yli 20 000 huumausainerikosta. Huumausainerikosten määrä on ollut nousussa vuosi vuodelta. Esitetyt tiedot kuvastavat vielä vuonna 2008 vain poliisin tietoon tulleita rikoksia, mutta vuodesta 2009 lähtien Tilastokeskuksen tilastointi on muuttunut siten, että se kattaa myös tullin tutkimat rikokset. Tämä muutos saattaa selittää osittain kasvua, sillä tarkasteltaessa raportissa myöhemmin seuraamuskäytäntöä huumausainerikoksissa, seuraamusten määrissä ei ole havaittavissa vastaavaa kasvua. (Kainulainen 2012a.)

Poliisin mukaan Suomen tyypillisesti löyhärakenteinen ammattimainen rikollisuus on organisoitunut tiiviimmin ja sen kurinalaisuus on lisääntynyt. Suomessa tutkitut suuret huumausainerikosjutut osoittavat selvästi, että huumausainekauppa on ammattimaista ja suurelta osin järjestäytyneiden rikollisryhmien käsissä. Erityisesti rikollisilla moottoripyöräjengeillä on vahva asema huumausainekaupan kotimaisissa toiminnoissa ja tiiviit ja toimivat yhteistyösuhteet ulkomaille, etenkin Viron järjestäytyneeseen rikollisuuteen. Järjestäytyneiden rikollisryhmien merkitys huumausainerikollisuudessa näkyy esimerkiksi aseiden ja erityisesti kaasusumuttimien yleistymisenä ja käteisen rahan määrän kasvuna huumausainerikoksiin liittyvissä takavarikoissa. Järjestäytyneet rikollisryhmät ovat laajentaneet toimintaansa perinteisesti harjoittamastaan huumausaine- ja omaisuusrikollisuudesta talous- ja petosrikollisuuteen, sillä järjestäytyneen rikollisuuden tavoitteena ovat nopeat tuotot ja vaikutusvalan kasvattaminen laillisessa taloudessa ja yhteiskunnassa. (KRP 2012.)

Poliisin ja Tullin tilastojen mukaan kannabistuotteiden takavarikkoja tehtiin Suomessa vuonna 2011 lukumääräisesti jälleen enemmän kuin koskaan. Hasista takavarikoitiin ennätysmäärä ja marihuanaa historian toiseksi suurin vuosittainen määrä. Myös takavarikoitujen kannabiskasvien lukumäärä (noin 16 400) oli vuonna 2011 aiempaa suurempi. Vuoteen 2007 verraten takavarikoitujen kannabiskasvien



määrä on kaksinkertaistunut, mikä johtunee kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja siementen internet-hankinnan helppoudesta sekä myös siitä että viranomaiset paljastavat kasvatusta nykyään entistä tehokkaammin. Suomessa kasvatusta on vielä pääosin pienimuotoista, mutta paljastuneet kotikasvatustapaukset ovat osoittaneet, että huumeiden kasvatusta on muuttunut entistä ammattimaisemmaksi. Suomessa on jo paljastunut muutamia asiantuntevasti rakennettuja ja järjestelmällisesti toimivia yli 500 kasvin kasvattamoita. Rikolliset moottoripyöräjengit ovat jo ryhtyneet viljelemään kannabista Suomessakin. (KRP 2012.)

Markkinoilla on tavattu edelleen huolestuttavassa määrin uusia muuntohuumeita. Muuntohuumeet ovat uusi uhka laissa määriteltujen huumausaineiden rinnalla. Muuntohuumeet voivat olla jopa hengenvaarallisia, sillä uusien aineiden sisältämät ainesosat ja pitoisuudet vaihtelevat suuresti ja aikaisempi käyttäjäkokemus puuttuu. Omaan käyttöön tarkoitettuja määriä tilataan pääasiassa internetin välityksellä, mikä näkyy postirahdissa muuntohuumeita sisältävien pakettien määrän huomattavana kasvuna. Muuntohuumeet ovat syöneet markkinoita muilta huumausaineilta, myös amfetamiinilta, jota takavarikoitiin vuonna 2011 selvästi aiempia vuosia vähemmän. Metamfetamiinin osuus amfetamiinimarkkinoilla ja viranomaisten takavarikkotilastoissa on selvästi kasvanut. Huumaavien lääkeaineiden takavarikkomäärät ovat myös olleet nousussa viime vuosien aikana. (KRP 2012.)

### Huumausainerikokset

Vuonna 2011 huumausaineen käyttörikoksia oli noin 12 100, mikä vastaa 59 prosenttia kaikesta tilastoidusta huumausainerikollisuudesta. Perustunnusmerkistön mukaisia huumausainerikoksia oli noin 7 200 (35 %). Yksi huumausainerikoksen määrän kasvua selittävä tekijä on kannabiksen kotikasvatuksen yleistyminen. Törkeitä huumausainerikoksia oli vuonna 2011 hieman vähemmän mitä vuonna 2010, noin 1 000, mikä vastaa noin viittä prosenttia kaikista huumausainerikoksista. Määrä oli toiseksi suurin viimeisen kymmenen vuoden aikana. Huumausainerikoksen valmistelu ja edistäminen ovat varsin harvoin esiintyviä rikosnimikkeitä. (Tilastokeskus 2012, KRP 2012.)

Poliisi on yhdessä muiden PTR-viranomaisten<sup>73</sup> kanssa tehostanut menetelmiään vakavan rikollisuuden torjunnassa. Huumausainerikostutkinnan yhteydessä on tehostettu rikoshyödyn poisottamista ja kyetty vaikuttamaan huumausainerikollisuuden toimintaedellytyksiä heikentävästi.

<sup>73</sup> PTR-viranomaisilla tarkoitetaan poliisi-, tulli- ja rajaviranomaisia.

**Taulukko 11. Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2004 ja 2007–2008 sekä poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2009–2011\*.**

	2004	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Huumausainerikokset yhteensä</b>	14 486	15 448	15 482	18 524	19 724	20 394
<b>Huumausainerikos</b>	4 672	4 206	4 835	6 274	6 444	7226
<b>Huumausaineiden käyttörikos</b>	9 217	10 333	9 823	11 257	12 158	12 093
<b>Törkeä huumausainerikos</b>	582	883	789	922	1 083	1036
<b>Huumausainerikoksen valmistelu tai edistäminen</b>	15	26	35	71	39	39

\*Tilastointitapa on muuttunut vuodesta 2009 lähtien. Vuoden 2009–2011 tilastoissa on otettu huomioon myös tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset. Tilastomuutos näyttäytyy huumausainerikollisuuden määrän lisääntymisellä noin 5–6 prosentilla.

Lähde: Tilastokeskus.

Vuoden 2011 aikana huumerikoksesta epäiltyjä oli 20 394 (Tilastokeskus 2012). Samat henkilöt voivat tehdä vuoden aikana useita huumerikoksia. Poliisin tilastojen mukaan vuonna 2011 huumausainerikoksista epäiltiin 6 197 eri henkilöä. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen eri henkilöiden määrä oli 687. Vuoteen 2007 verrattuna kaikista huumausainerikoksista epäiltyjen eri henkilöiden lukumäärä oli vuoteen 2011 mennessä kasvanut 42 prosenttia, ja törkeästä huumausainerikoksesta epäiltyjä eri henkilöitä kirjattiin vuonna 2011 lainvalvonnan järjestelmiin 28 prosenttia enemmän kuin vuonna 2007. (KRP 2012.)

Huumausainerikollisuudella on vahvat kansainväliset kytkennät. Ulkomaalaisten epäiltyjen osuus törkeissä huumausainerikoksissa on viime vuosina ollut huomattava. Vuonna 2011 törkeän huumausainerikoksen tekijöiksi epäillyistä 24 prosenttia oli ulkomaalaisia. Vuonna 2010 vastaava prosenttiluku oli 35 ja vuonna 2009 luku oli 27. Suurimpina ryhminä ulkomaalaisten joukossa ovat olleet virolaiset sekä venäläiset ja vironvenäläiset epäillyt. Etenkin virolaisten epäiltyjen määrä nousi huomattavasti vuonna 2010. Kaiken kaikkiaan epäiltyjen kansallisuusk jakauma on entisestään moninaistunut. Törkeistä huumausainerikoksista epäillään yhä useammin muun muassa nigerialaisia, hollantilaisia, irakilaisia, marokkolaisia, ruotsalaisia ja liettualaisia. Suomen markkinoilla suomalaiset rikoksentekijät huolehtivat yleensä huumeiden vastaanottamisesta ja jakelusta Suomessa, ulkomaalaiset toimivat maahantuojina ja salakuljettajina. (KRP 2012.) Huumausainerikollisuuden kansainvälis-

tyminen on tuonut lisähaastetta etenkin törkeiden huumausainerikosten paljastamiseen ja esitutkintaan. Esimerkiksi rikosten selvittämisessä tarvitaan yhä useammin tulkkia.

Vuonna 2011 viranomaisten haltuun otettiin huumausaine- ja dopingrikosten tutkinnan yhteydessä noin 1,2 miljoonan euron arvosta käteistä rahaa (v. 2010 noin 1,1 milj. euroa ja v. 2009 noin 990 000), mikä osaltaan kertoo alan rikollisuuden volyymin. Huumausainekaupassa käytetään myös muita maksuvälineitä, etenkin anastettua omaisuutta. (KRP 2012.)

### **Huumausainerikokset**

Huumausainerikoksista tuomitaan yleensä sakkoa. Vuonna 2010 rangaistus määräysmenettelyssä sakotettuja oli hieman yli 4 000, kun taas käräjäoikeuksissa sakotettuja oli noin 4 400 henkilöä. Yhteensä eri huumausainerikoksista sakotettuja oli kaikkiaan noin 8 400. Huumausainerikoksista tuomittiin lähes 5 300 henkilöä vankeuteen, jolloin heistä yli puolet (3 431) sai ehdottoman vankeusrangaistuksen. Syyttäjä jätti hieman alle 500 henkilöä syyttämättä ja alle 50 henkilöä jätettiin käräjäoikeudessa rangaistukseen tuomitsematta. Seuraamusikäntämissä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia viime vuosina. (Kainulainen 2012.)

Huumausaineen käyttörikoksesta (RL 50:2a) seuraa yleensä rangaistus määräysmenettelyssä annettu sakko, joka on ollut keskimäärin 15 päiväsakkoa. Rangaistus määräysmenettelyssä ja käräjäoikeudessa annetut sakkorangaistukset muodostavat vuosina 2006–2010 kaikkiaan 95 prosenttia käyttörikoksista annetuista seuraamuksista (päärikosperusteiset tiedot). Rangaistukselle vaihtoehtoisten seuraamusten määrä on pysytellyt varsin pienenä, mutta vielä harvinaisempaa on ollut vankeusrangaistuksen käyttäminen. Vuonna 2010 rangaistus määräysmenettelyssä sakotettuja oli hieman yli 4 000, käräjäoikeudessa sakotettuja lähes 500, kun taas syyttämättä jätettyjä oli reilu 300 ja rangaistukseen tuomitsematta jätettyjä alle 20. (Kainulainen 2012.)

Perustunnusmerkistön mukaisesta huumausainerikoksesta (RL 50:1) päärikoksena annettujen keskirangaistuksien sakkorangaistusten lukumäärä on vuosina 2001–2010 vaihdellut välillä 27–38. Huumausaineen käyttörikosuudistuksen jälkeen keskirangaistus sakoissa nousi jonkin verran, sillä useat vähäiset huumorikokset käsitellään nykyisin tuomioistuimen ulkopuolisessa rangaistus määräysmenettelyssä. Vuonna 2010 huumausainerikoksesta tuomittiin keskimäärin 38 päiväsakkoa. (Kainulainen 2012b.)

Huumausainerikoksesta (RL 50:1) tuomitaan myös vankeusrangaistuksia. Jos henkilö tuomitaan samalla kertaa useista rikoksista, on keskirangaistus tavallisesti korkeampi. Kun rangaistuksessa on yksi rikos sekä ehdollisten että ehdottomien vankeuksien keskirangaistukset ovat pysytelleet neljän kuukauden tuntumassa. Vuonna 2010 ehdotonta vankeutta tuomittiin keskimäärin 3,8 ja ehdollista 3,9 kuukautta. (Kainulainen 2012.)

Törkeästä huumausainerikoksesta (RL 50:2) rangaistuslain valinta tehdään käytännössä ehdollisen ja ehdottoman vankeuden välillä. Törkeästä huumausainerikoksesta tuomitaan yleensä ehdotonta vankeutta, sillä ehdollista vankeutta on käytetty huomattavasti harvemmin. Ehdottomissa vankeuksissa keskipituus on vaihdellut eri vuosina. Vuonna 2010 se oli noin kaksi vuotta ja seitsemän kuukautta (31,5 kk). Ehdollisissa vankeuksissa keskirangaistukset ovat pysytelleet useina vuosina noin yhdessä vuodessa ja kolmessa kuukaudessa. Törkeästä huumausainerikoksesta tuomitaan myös varsin pitkiä vankilarangaistuksia (Kainulainen 2007, Kainulainen 2012.)

Rangaistuskäytännön yhtenäistämiseksi käytetään huumausainerikoksissa usein hyväksi rangaistustaulukoita. Tuomioistuimissa on ollut horjuvuutta kannabiksen kotikasvatuksesta annetuissa tuomioissa. Syyttämiskäytännön yhtenäistämiseksi on huumerikossyyttäjäryhmässä laadittu suositus, jossa arvioidaan kannabiskasveista saatavan sadon suuruutta. Yhden kasvin keskituotoksi on arvioitu 25 grammaa. Suosituksen mukaan syyttäjä voisi vaatia vankeutta yli kymmenen kasvin viljelmästä, kun taas sen alle jäävistä tapauksista esitettäisiin sakkoa. (Hakkarainen ym. 2011, Valtakunnansyyttäjänvirasto 10.6.2010.)

## Rattijuopumukset

Vuonna 2010 rattijuopumusten kokonaismäärä väheni 10 % edelliseen vuoteen verrattuna. Huumausainetapausten (3 125) ja sekakäyttötapausten (693) määrä pysyi kuitenkin edellisvuosien tasolla, jolloin alkoholitapausten suhteellinen osuus hieman laski. Vuonna 2010 alkoholitapauksia kaikista tapauksista oli 82 %, huumetapauksia 15 % ja sekakäyttötapauksia 3 %. (Tilastokeskus 2011.) Vuonna 2011 rattijuopumustutkimuksissa huumaus- ja lääkeainetutkimukset tehtiin 4 166 tapauksessa. Yleisimmin löydetty aineet olivat bentsodiatsepiinit (78 % tapauksista), amfetamiinit (59 %) ja kannabis (40 %). (KRP 2012.)

Vuonna 2009 ilmestyneessä rekisteritutkimuksessa<sup>74</sup> arvioitiin huumaantuneena ajamisen esiintymistä ja trendejä Suomessa 1977–2007. Huumaantuneena ajaminen yleistyi ajanjaksolla 18-kertaisesti. Kaikista seuranta-aikana epäillyistä kaiken kaikkiaan 89,6 % oli miehiä, mutta vuosittainen naisten osuus epäillyistä kasvoi seurantaajaksen aikana hieman. Vuonna 1977 epäillyistä naisia oli 6,9 % ja vuonna 2007 naisia oli 10,3 %. Trendi oli tilastollisesti merkitsevä. Yleisimmin löydetty aineet olivat bentsodiatsepiinit (75,7 %), amfetamiinit (46 %), kannabis (27,7 %) ja opioidit (13,8 %). Varsinaisista huumausaineista yleisimmät, amfetamiinit ja kannabis, alkoivat ilmaantua 1980-luvun lopulla. Huumetapausten määrä alkoi kasvaa, kun huumeiden osalta Suomessa otettiin käyttöön nollaraja vuonna 2003. (Ojaniemi ym. 2009.)

<sup>74</sup> Tutkimus suoritettiin rekisteritutkimuksena, ja mukana olivat kaikki huumaantuneena ajamistapaukset (N=31 963) Suomessa 1977–2007. Kaikki toksikologiset tutkimukset tehtiin verestä ja/tai virtsasta samassa laboratoriossa (entinen Kansanterveyslaitoksen, nykyinen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen huumelaboratorio).

Huumaantuneena ajaneista suurimmalla osalla (77,1 %) näytteistä löydettiin yhtä aikaisesti useampia aineita. Moniainelöydöksistä yleisimpiä olivat bentsodiatsepiinit alkoholin kanssa (20 %) ja bentsodiatsepiinit ja amfetamiinit (18 %). Bentsodiatsepiinit olivat osana viidessä yleisimmässä yhdistelmässä. Alkoholin osuus moniainelöydöksistä on vähentynyt seuranta-ajan kuluessa (1/5 näytteistä 2007). (Karjalainen ym. 2010.)

### **Muut huumeisiin liittyvät rikokset**

Apteekkeihin ja hoitoloihin tehtyjen murtautumisrikosten lukumäärä (106) huume-lääkevalmisteiden hankkimiseksi on pysynyt viime vuosien tasolla. Vuosina 2005–2007 rikoksia tehtiin kolmannes vähemmän. Murtojen määrän kasvu johtunee osittain Subutexin saatavuuden vaikeutumisesta. (KRP 2012.)

Tietyistä rikoksista huomattava osa tehdään päihtyneinä, mutta alkoholi on huumeita tai sekakäyttöä huomattavasti merkittävämmässä asemassa. Kaikista pahoinpitelyrikoksista (pahoinpitely, lievä pahoinpitely ja törkeä pahoinpitely) tehtiin 56 prosenttia alkoholin, 0,4 prosenttia huumausaineiden ja prosentti sekakäytön vaikutuksen alaisena. Kaikista ryöstörikoksista tehtiin 31 prosenttia alkoholin, 3 prosenttia huumausaineiden ja 4 prosenttia sekakäytön vaikutuksen alaisena. Varkausrikoksiin (näpistys, varkaus, törkeä varkaus) syyllisiksi epäillyistä 11 prosenttia toimi alkoholin, 2 prosenttia huumausaineiden ja 1 prosentti sekä alkoholin että huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Moottorikulkuneuvojen käyttövarkauksista 22 prosenttia tehtiin alkoholin, 9 prosenttia huumausaineiden sekä 3 prosenttia sekakäytön vaikutuksen alaisena. (Tilastokeskus 2012.)

Rahanpesurikokset Suomessa liittyvät pääosin huumausaine- ja talousrikollisuuteen. Vuonna 2011 esitutinnan yhteydessä tutkittavaksi siirrettyjen tietojen yleisimmät rikosnimikkeet olivat velallisen epärehellisyys, huumausainerikos sekä petos. Vuosina 1994–2011 kaikista niistä tapauksista, joissa esitutinnan yhteyteen luovutettiin epäilyttäviä liiketoimia koskevia tietoja, noin puolet liittyi talousrikollisuuteen, yhdeksän prosenttia huumausainerikoksiin ja kahdeksan prosenttia rahanpesuun. Järjestäytyneiden rikollisryhmien harjoittama yritysrakenteisiin sekä kuittikauppaan ja harmaaseen talouteen perustuva rahanpesu on yleistynyt. Viime vuosina kaikista rahanpesua koskevista ilmoituksista reilusti yli puolessa on tapahtunut varojen siirto Suomen rajojen yli, yleensä Suomesta ulkomaille. Rahanpesuun erikoistuneita ammattirikollisia on Suomessa vielä vähän, ja rahanpesijöinä toimivat usein rikollisten lähipiiriin kuuluvat henkilöt. (KRP 2012.)

Keskusrikospoliisin rahanpesun selvittelykeskus on koonnut raportin<sup>75</sup> rahanpesutapauksista Suomessa vuosina 1994–2010. Tutkimuksessa on mukana 96 tuo-

<sup>75</sup> Tutkimuksen aineistona ovat käräjä- ja hovioikeuksien tuomiot. Tapausten keruu on aloitettu vuodesta 1994, jolloin rahanpesu kriminalisoitiin Suomessa. Aineisto kattaa lähes kaikki tapaukset vuosilta 1994–2002 ja lisäksi on muutamia tuomioita vuosilta 2003–2010. Aineiston keruuta on vaikeuttanut se, että vuoteen 2003 asti rahanpesurikoksilla ei ole ollut omaa tunnusmerkistöä vaan rahanpesurikoksista on rangaistu kätkemisrikoksina.

miota, joissa 46 tapauksessa esirikoksena oli huumausainerikos. Lopuista tapauksista useissa tuomioissa esirikoksena oli talousrikos. Muita esirikoksia olivat hormonikauppa, dopingrikos, alkoholin salakuljetus, pankkiryöstö, anastus, maksuvälinepetos, petos ja kiskonta. Tutkimuksessa mukana olevista tuomioista yleisin oli ehdollinen vankeusrangaistus. Ehdottomista vankeusrangaistuksista lähes kaikki olivat yhtenäisrangaistuksia muiden rikosten – lähinnä huumausainerikosten – kanssa. (KRP 2012.)

### **Tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta**

Tuula Kekin (2012) tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta käsittelee huumeita käyttäviä taparikollisia sekä rikollisen elämäntavan ja identiteetin että valvonnan näkökulmasta. Tutkimuskohteena ovat sellaiset huumeiden käyttäjät, joiden huumeiden käyttö on säännöllistä ja rikollinen toiminta jatkuva.<sup>76</sup> (Kekki 2012)

Tutkimuksessa analysoidaan rikosten motiiveja ja mielekkyyttä sekä rikollisen käyttäytymisen muuttumista ajan kuluessa. Tutkimuksessa ilmeni, että huumeiden käyttäjät syyllistyivät monipuolisesti eri rikoslajeihin. Varsinaista erikoistumista tai rikollisuuden ammattimaistumista ei ollut yleisesti havaittavissa rikoshistorian aikana. Taloudelliset motiivit eivät olleet ainoita syitä syyllistyä rikoksiin. Laittoimin keinoin tavoiteltiin myös immateriaalisia etuja, kuten jännitystä ja kaveripiirin hyväksyntää. Aineistoissa oli vahvoja viitteitä siitä, että henkilöt kokivat rikolliskulttuurin houkuttelevaksi elämäntavaksi. Konventionaalinen elämäntapa ei kiehtonut heitä, ja toisaalta rikollisen identiteetin muodostumisen myötä he olivat vieraantuneet siitä. Ennemmin he halusivat samaistua rikolliseen vertaisryhmään ja saada siellä arvostusta. Huumeita käyttäville taparikollisille oli tyypillistä valmius ottaa riskejä, vaikeus tai haluttomuus havaita tekojensa seurauksia. Vaikka he toimivat totutun tavan ja alakulttuurin sääntöjen mukaan, toiminta ei aina tuottanut mielihyvää. (Kekki 2012.)

Toiseksi tutkimuksessa tarkastellaan tapoja, joilla poliisit tulkitsevat huumarikos-torjunnan merkitystä toisaalta yksittäisen huumeiden käyttäjän ja toisaalta teon yhteiskunnallisen haitan perusteella. Poliisin valvonnalla on vahva normatiivinen perusta – kaikki huumeisiin liittyvä toiminta on kriminalisoitua, joten poliisilla on laillinen valtuutus puuttua siihen. Tämän lisäksi poliisi näkee huumarikollisuuden haitallisena, moraalittomana ja epätoivottavana toimintana, jonka sääntelemisellä on takanaan valtaväestön vahva tuki. Poliisitoimintaa kuvaavat aineistot osoittavat, että kontrolli keskittyi tunnettuihin käyttäjiin, mutta tämä johtuu pitkälti huumeiden käyttäjien oheisrikollisuudesta. Poliisiretoriikassa huumeiden käytön kontrollissa oli pitkälti kyse yleisen turvallisuuden ja järjestyksen ylläpidosta. Poliisin mielestä heillä on hyvin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa yksittäisiin rikoksentekijöihin,

<sup>76</sup> Tutkimuksessa on käytetty tutkimusaineistona poliisien ja huumeiden käyttäjien haastatteluja, Tampereen poliisilaitoksella tehtyä kyselyä sekä kolmea erilaista esitutkinta- ja tutkintailmoitusaineistoa

mutta sitä vastoin huumeiden käyttäjien valvonnalla on merkitystä ”yhteiskunta-rauhan” kannalta. (Kekki 2012.)

## 9.2 Vaihtoehtoiset seuraamukset

### Hoitoonohjaus ja puhuttelu

Huumeiden käyttäjille on kehitetty vaihtoehtoisia seuraamuksia; nuorille käyttäjille puhuttelukäytäntö ja ongelmakäyttäjille hoitoonohjaus. Valtakunnansyyttäjä on kannustanut syyttäjiä tekemään syyttämättä jättämispäätöksiä hoitoon hakeutuneista käyttäjistä (VKS 2006:1). Ohjeissa myös todetaan, että huumeriippuvuudesta vapautuminen voi olla vaikeaa ja se voi vaatia useita sisällöltään erilaisia hoitopaketteja. Tästä syystä sama henkilö on mahdollista jättää syyttämättä hoidon takia useamman kerran. Hoitoon hakeutuminen osoitetaan kirjallisella todistuksella, josta käy ilmi, että huumeiden käyttäjä on hakeutunut hoitopaikkaan tai hän on muulla tavoin varannut sieltä paikan tai vastaanottoajan.

Valtakunnansyyttäjäviraston keräämien tietojen mukaan vuonna 2010 hoito oli esillä 38 syyttämättäjättämispäätöksessä. Puolet päätöksistä tehtiin Lapissa. Syyttämättäjättämispäätöksistä vuonna 2009 tehdyn selvityksen perusteella miehiä oli hoitoon hakeutuneista 70 ja naisia 30 prosenttia. Alaikäisiä oli joka viides (6). Rikoksen kohteena oli pelkästään mieto huumausaine 43 prosentissa tapauksia. Huumausaineeksi luokiteltu lääke löytyi 33 prosentissa tapauksista. Päätöksistä 10 prosentissa mainittiin pelkästään vahva huume (amfetamiini). Lopuissa 13 prosentissa päätöksistä oli kyse erilaisten huumausaineiden yhdistelmistä. Subutexista tai Suboxenesta löytyi maininta lähes joka kolmannessa päätöksessä. (Kainulainen 2012.)

Hoitoon hakeutuneen syyttämättä jätetyn syyksi saatettiin lukea vain vähäinen huumausainerikos, kuten kertaluonteinen huumeiden käyttö. Osassa päätöksiä huumeiden käyttö oli jatkunut kuukausia, toisinaan muutaman vuoden. Lähes kaikissa tapauksissa rikosnimikkeenä oli huumausaineen käyttörikos. Muutamassa tapauksessa henkilö oli sen ohella syyllistynyt muuhun rikokseen, kuten väärennykseen, lievään ampuma-aserikokseen tai alkoholijuoman hallussapitorikkomukseen. Aineistosta löytyi muutama huumausainerikos henkilön syyllistyttyä myös kannabiksen viljelemiseen tai huumeiden luovuttamiseen. (Kainulainen 2012.)

Valtakunnansyyttäjä on kannustanut antamissaan ohjeissa syyttäjiä järjestämään huumeiden käytöstä ensi kertaa kiinni jääneille 15–17-vuotiaille nuorille puhuttelutilaisuuden, johon kutsutaan nuori, hänen huoltajansa, sosiaaliviranomaisen edustaja ja poliisi (VKS 2006:1). Puhuttelutilaisuudessa nuorelle kerrotaan mahdollisimman monipuolisesti huumeiden käyttämisen rikollisesta luonteesta ja moitittavuudesta sekä selvitetään nuoren elämäntilanne ja millaiset jatkotoimenpiteet sopivat hänelle parhaiten. Tilaisuuden päätteeksi syyttäjä voi tehdä päätöksen syyttämättä jättämi-

sestä. Jos nuori ei saavu paikalle tai tilaisuudessa ilmenee muita seikkoja nuori voi saada sakkorangaistuksen. (Kainulainen 2009.)

Valtakunnansyyttäjän keräämien tietojen mukaan vuonna 2010 puhuteltiin 161 nuorta. Tilaisuuksista suurin osa (61 %) järjestettiin Varsinais-Suomessa. Syyttämättä jätetyistä nuorista vuonna 2009 tehdyn selvityksen mukaan puhuteltu nuori oli tyypillisesti syyllistynyt kannabiksen kokeilemiseen muutaman kerran. Hän sai aineen käsiinsä tarjottuna tai hänen kerrottiin itse vastanneen aineiden hankinnasta. Vain harvoissa tapauksissa kerrottiin nuoren käyttäneen kannabista pidemmän ajanjakson kuluessa. Enimmillään kyse oli kaksi vuotta jatkuneesta säännöllisestä kannabiksen käytöstä. Muutamissa päätöksissä kyse oli käyttörikoksen sijasta huumausainerikoksesta, koska nuori oli luovuttanut pienen huumemäärän edelleen tai pitänyt sitä hallussaan levitystarkoitusta varten. (Kainulainen 2012.)

Puhuttelutilaisuudessa saattoi nuoren lisäksi olla läsnä hänen vanhempansa, sosiaalioikeus, perhekodin edustaja tai poliisi. Joissakin päätöksissä kerrottiin jonkun viranomaisen poisjäännistä kutsusta huolimatta. Syyttäjä saattoi päätöksessään kuvata nuoren käyttäytymistä puhuttelutilaisuudessa. Syyttäjän uskoa saattoi vahvistaa nuoren perheeltään tai lastensuojelulta saatava tuki. (Kainulainen 2012.)

Valtakunnansyyttäjä on kerännyt tiedot puhutteluista ja hoitoonohjauksesta myös vuodelta 2011. Vuonna 2011 puhutteluja tehtiin 154. Luku oli 7 vähemmän mitä vuonna 2010. Vastaavasti hoitoonohjauksia tehtiin vuonna 2010 yhteensä 38 ja vuonna 2011 yhteensä 23.



**Taulukko 12. Puhuttelut ja hoitoonohjaus syyttäjänvirastoissa 2010–2011.**

Syyttäjänvirasto	Puhuttelu		Hoitoonohjaus	
	2010	2011	2010	2011
<b>Helsinki</b>	4	22	2	-
<b>Länsi-Uusimaa</b>		3	-	-
<b>Itä-Uusimaa</b>	13	15	-	-
<b>Kanta-Häme</b>	4	29	-	-
<b>Salpausselkä</b>	7	3	1	-
<b>Länsi-Suomi</b>	98	48	13	13
<b>Pirkanmaa</b>	2	7	3	-
<b>Pohjanmaa</b>	4	10	-	-
<b>Keski-Suomi</b>	2	2	-	-
<b>Itä-Suomi</b>	19	8	-	5
<b>Oulu</b>	7	7	-	-
<b>Lappi</b>	1	-	19	5
<b>Yhteensä</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>38</b>	<b>23</b>

Lähde: Valtakunnansyyttäjänvirasto (2012).

Heini Kainulainen (2009) on tutkinut väitöskirjassaan huumeidenkäyttäjien rikosoikeudellista kontrollia Suomessa. Moniosaisen väitöskirjan empiirisessä osassa on käsitelty vaihtoehtoisia seuraamuksia, kuten toimenpiteistä luopumista ja syyttämättä jättämistä, ja niihin 2000-luvulla käyttörikosuudistuksen yhteydessä liitettyjä hoitoonohjausta ja puhuttelua. Analyysi osoittaa, että käytössä olevissa prosesseissa ei ole pystytty tekemään kunnollista seuraamusharkintaa. Esimerkiksi huumeiden käyttäjät ovat joutuneet toistuvasti sakotetuiksi rangaistusmääräysmenettelyssä.

Tutkimus osoittaa, että toimenpiteistä luopuminen on ollut vähän käytetty seuraamus, vaikka erityisesti huumausainerikoksissa sille olisi erityistä tarvetta. Poliisi on ollut vuosikymmeniä haluton soveltamaan tätä säädöstä, sillä se on pitänyt tärkeänä huumeiden käyttäjien toimintaan puuttumista. Myös syyttäjillä oli sama linjaus 1960–1980-luvuilla. Rangaistukseen tuomitsematta jättäminen oli yleistä tuomioistuinkäytännöissä 1970-luvun alussa, mutta käytäntö ankaroitui muutamassa vuodessa. Toimenpiteistä luopumista uudistettiin 1990-luvulla, jonka jälkeen syyttämättä jättäminen yleistyi. (Kainulainen 2009.)

Huumeiden käyttörikosuudistuksen myötä 2000-luvun alussa seuraamuskäytäntö kiristyi, sillä huumeiden käyttäjien sakottaminen rangaistusmääräysmenettelyssä yleistyi samalla kun syyttämättä jättäminen vähentyi samaan aikaan. Kainulaisen

mukaan käyttörikosuudistuksessa ei ole onnistuttu lakia säädettäessä asetetuissa tavoitteissa, sillä toimenpiteistä luopuminen hoitoon hakeutumisen perusteella on erittäin harvinaista. (Kainulainen 2009.)

### 9.3 Huumeiden käyttö vankiloissa

Huumausaineiden käyttäjien määrää vankiloissa ei tiedetä tarkasti, mutta vankiloiden huumemarkkinat ovat siviilin puolella toimiviin huumemarkkinoihin verrattuna pienet. Keskeistä huumetilanteen seurannan kannalta on luotettava tilastointijärjestelmä, joka antaa tietoa päihdetyöhön liittyvistä määrällisistä tunnusluvuista kuten päihdekuntoutukseen osallistujista, päihteiden käyttöön liittyvien tartuntatautien esiintyvyydestä, päihteiden käytön esiintyvyydestä toimeenpanon aikana, ostopalveluiden kustannuksista sekä rangaistusajan suunnitelmien päihdekuntoutuksen tavoitteiden toteutumisesta. Tiedot saadaan käytössä olevan tietojärjestelmien avulla. Päätöksentekoa tukeva tilastointijärjestelmä edellyttää käytännön toimijoilta aktiivista ja ohjeidenmukaista kirjauskäytäntöä. (Tanhua ym. 2011.)

Suomessa on 28 vankilaa, jotka ovat kooltaan, toimintakulttuuriltaan, rakenteiltaan ja perinteiltään varsin erilaisia. Jossain laitoksissa vankila-aikaista huumeiden käyttöä kuvaavia indikaattoreita ei tule esiin juuri lainkaan, jossain taas vankila-aikaisen käytön kuvataan vankikyselyjen, takavarikoiden ja huumetestitulosten perusteella olevan melko tavallista. Huumeiden käyttöön liittyy vankiloiden kaltaisissa suljetuissa paikoissa muiden haittojen lisäksi velkojen perimistä ja huumerikokseen pakottamista, jonka vuoksi monet vangit haluavat viettää rangaistusaikansa kokonaan muista vangeista eristyksessä. Siksi päihdevalvontaan tullaan kiinnittämään tulevaisuudessa entistä enemmän huomiota. (Tanhua ym. 2011.)

Vankitietojärjestelmään dokumentoidaan kattavasti päihdetestien tulokset. Tämän vuoksi huumetestejä voidaan pitää ensisijaisena tietolähteenä kuvattaessa vankien päihteiden käyttöä vankeusaikana. Vuoden 2010 aikana huumetestejä virtsasta tehtiin lähes reilut 19 500 kpl. Näistä vajaat 1 500 lähetettiin laboratorioon varmistus- ja lisäseulontatestiin, missä varmistettiin 727 löydöstä. Yleisimmät päihdetestissä löydetty aineet olivat bentsodiatsepiini, buprenorfiini ja amfetamiini. (Tanhua ym. 2011.)

Perälän (2011) mukaan bentsodiatsepiinipohjaiset lääkkeet ovat säilyttäneet suosionsa vankilamarkkinoilla vuosien saatossa. Buprenorfiinin suosioon on vaikuttanut muun muassa se, että se maistuu pieneen tilaan ja huumekoiran on vaikea haistaa sitä hyvin pakattuna. Sillä on myös vankilamarkkinoiden paras tuotto ja se ei näy huumetestissä kovinkaan pitkään. Amfetamiini on vankiloiden toiseksi suosituin huumausaine. Buprenorfiinin tavoin se vie kuljetettaessa vähän tilaa, eikä sekään näy kovin pitkään huumetestissä. Se ei kuitenkaan tuota yhtä hyvää voittoa kuin buprenorfiini ja huumekoira haistaa sen helpommin. (Perälä 2011.)

Vankiloissa löytyy satunnaisesti virtsatesteissä kannabiksen käyttöä kuvaavia testituloksia. Tällöin kannabista on useimmiten käytetty vankilan ulkopuolella, sillä se näkyy testissä pitkään. Hasista kuitenkin käytetään vankiloissa jonkin verran edelleen, vaikka se tuoksunsa takia on sekä henkilökunnalle, että huumekoiralle helppo havaita. Se vie paljon tilaa salakuljetuksessa eikä ole rahallisesti kannattava aine. (Perälä 2011.)

Obstbaumin, Tynin ja Ryynäsen (2009) tutkimuksen mukaan eri rikoksentekijät eivät juurikaan eroa positiivisten testitulosten suhteen toisistaan seksuaalirikollisia lukuun ottamatta. Yleisimmin positiivisia testituloksia löytyy niiltä, jotka ovat syylistyneet huumerikokseen, mutta on huomioitava myös se, että usein heitä myös testataan eniten. Bentsodiatsepiinien käyttö on yleistä kaikissa ryhmissä, erityisesti väkivalta- ja omaisuusrikollisten ryhmässä.

Päihteiden välittämiseen ja muuhun päihderikollisuuteen vankilassa syylistyneet vangit sijoitetaan tarvittaessa häiriöiden estämiseksi erilleen muista vangeista. Heidänkin osaltaan pyritään vaikuttamaan siihen, että päihderikollinen toiminta saadaan loppumaan ja päihteetön elämäntapa vahvistuu. Vankilan ja poliisin paikallisessa yhteistyösopimuksessa määritellään tehdyn huumelöydöksen seuraamusmenettely, käsitelläänkö se kurinpitoasiana vankilassa vai siirretäänkö se poliisin tutkittavaksi. (Tanhua ym. 2011.)

**Taulukko 13. Vankiloista löydetyt huumaussaineet vuosina 2008–2010.**

Ainelöydökset	2008	2009	2010
Amfetamiini	191 g	141 g	94 g
Kannabis	85 g	133 g	95 g
Subutex jauheena	-	-	19 g
Subutex tbl	141 kpl	77 kpl	77 kpl
Heroiini	0,2 g	2 g	0 g
Kokaiini	0,98 g	20 g	1,3 g
Hormoni (neste)	-	-	55 ml
Hormonit kpl	2 478 tbl	1 294 tbl	900 tbl
Imeytetyt aineet ja jauheet (postimerkit, kirjeet)	314 kpl	256 kpl	190 kpl
Huumaavat lääkkeet; tabletteja	1 549 kpl	1 766 kpl	1 089 kpl
Muut tunnistamattomat lääkkeet	3 740 kpl	4 165 kpl	4 046 kpl
Huumeruisku		176 kpl	97 kpl
Neula		215 kpl	123 kpl
Piippu		12 kpl	21 kpl
Muu käyttöväline		10 kpl	8 kpl

Lähde: Rikosseuraamusvirasto 2011.

Vuonna 2010 vankiloissa takavarikoitiin vähemmän huumausaineita kuin edellisinä vuosina. Vuoden 2010 aikana takavarikoitu kannabis-, amfetamiini- ja heroini-määrä oli yhteensä vajaat 200 grammaa, kun se vuosina 2003–2005 oli noin 600 grammaa vuosittain. Yleisen laskusuunnan voidaan arvioida johtuvan tiukentuneesta valvonnasta (mm. huumekoiratoiminnan vakiintuminen), päihteettömien osastojen lisääntymisestä ja niiden päihdetestauksista. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta kiinnijäämisriski on kasvanut. Avolaitospaikan menettäminen on myös tehokas, ennalta estävä seuraamus kiinnijäämisestä.

Vankiloissa liikkuu paljon tunnistamattomia tabletteja, jotka voivat olla esimerkiksi hormoneja. Edes niitä haltuunsa saava henkilö ei välttämättä tiedä, mitä ne sisältävät. (Perälä 2011.)

## 9.4 Vankilaterveys

Suomessa on kattava vankitietojärjestelmä, josta saa tietoa muun muassa vangeille tehdyistä riski- ja tarvearvioista, vankila-aikaisista päihdetesteistä, päihdekuntoutukseen osallistuneista ja päihde-ehtoisista kurinpitorangeistuksista. Suomessa on tehty varsin vähän tutkimusta, jossa keskitytään pelkästään vankien päihteiden käyttöön,

ja niissäkään tutkimuksissa ei ole aina eroteltu huumausaineiden käyttöä alkoholin käytöstä. (Tanhua ym. 2011.)

Tutkimus- ja tilastotietoa suoritetuista huumevieroituksista ja haittoja vähentävistä toimenpiteistä vankeusaikana ei ole riittävästi saatavilla. Vapauttamisvaiheen jälkeisistä välittömistä yliannostustilanteista ei ole tietoa. Päihdetestausjärjestelmä ei ole aukoton, sillä vankia voidaan testata vain käyttöä epäiltäessä tai tiettyihin lupa-asioihin liittyen. Päihtymystä on toisinaan hyvin vaikea kliinisesti havaita. Vankeusaikana varsin pieni joukko vangeista osallistuu vankiloiden ryhmämuotoisiin päihdekuntoutusohjelmiin. (Tanhua ym. 2011.)

### Vankien terveys

Tutkimus suomalaisten rikosseuraamusasiakkaiden terveydestä ilmestyi vuonna 2010. Otoksen muodostivat noin 600 vankia ja noin 100 yhdyskuntaseuraamustoimiston asiakasta. Tutkimusmenetelmät koostuivat kyselyistä, sairaanhoitajien tekemästä haastattelusta, psykiatrisesta haastattelusta ja laboratoriotutkimuksesta. Vankien päihderiippuvuus oli kymmenkertaista tavalliseen väestöön verrattuna. Yleisimmin käytetty päihde vankien keskuudessa oli alkoholi, kuten yleensäkin suomalaisen väestön keskuudessa. (Tanhua ym. 2011.)

Vankien terveydestä tehdyn tutkimuksen mukaan vangit ja muut rangaistusta suorittavat ovat sairaampia kuin 20 vuotta sitten, jolloin edellinen vastaava kartoitus tehtiin. Tuomittujen päihdeongelmat ovat yleistyneet rajusti: jokin elämän aikainen päihderiippuvuus on 84 prosentilla miesvangeista, sakkovangeista lähes kaikilla. Kahdella kolmasosalla oli alkoholiriippuvuus ja kahdella viidesosalla amfetamiiniriippuvuus. Amfetamiiniriippuvuus oli yleistä kaikissa vankiryhmissä. Lähes puolet (40–48 %) miesvangeista, sakkovangeista ja naisvangeista oli joskus kärsinyt amfetamiiniriippuvuudesta ja elinkautisvangeista 29 prosenttia. Tutkimushetkellä 6 prosenttia vangeista oli amfetamiiniriippuvaisia. Miesvangeista elämänaikainen opioidiriippuvuus oli ollut 27 prosentilla. (Joukamaa 2010.)

Lähes puolella (42 %) vangeista<sup>77</sup> on C-hepatiittitartunta. Hepatiitti A oli 9 % ja hepatiitti B 8 % vangeista. Hiv-tartunta oli 1,0 prosentilla vangeista. (Joukamaa 2010). Tehtyjen hepatiitti- ja hiv-testien määrä on pysynyt samana suhteutettuna vankimäärään nähden, myös positiivisten testitulosten määrä on pysynyt vakaana.

Vuonna 2009 julkaistussa Kivivuoren ja Linderborgin (2009) lyhytaikaisvankeja koskevasta tutkimuksesta selviää, että lyhytaikaisvangeilla esiintyy runsasta päihteiden käyttöä. Yhdeksän vankia kymmenestä ilmoitti, että päihteiden käytöllä oli ollut vaikutusta heidän rikollisiin tekoihinsa. Yli puolet oli tehnyt rikoksia saadakseen päihteitä. Tutkimuksessa selviteltiin myös päihdehoidon saatavuutta vankiloissa. Vangit eivät nähneet hoitoa ja kuntoutusta etujensa vastaisena kontrollina. Tutkimuksen tulokset tukivat nykyistä kriminaalipoliittista pyrkimystä lisätä hoidollisia ja kuntouttavia toimintamuotoja vankeusaikana.

<sup>77</sup> Vangit on tutkittu v. 2005–2007.

## Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen hoito vankilassa

Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö vastaa tutkinta- ja vankeusvankien terveydenhuollosta vankeuden aikana. Oikeusministeriön hallinnonalalla selvitetään parhaillaan vankiloiden terveydenhuollon siirtämistä yleiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Vankiloissa sekä kahdessa vankisairaalassa työskentelee lähes 200 terveydenhuollon ammattilaista. Terveydenhuollon henkilöstö ei juuri osallistu varsinaisen vankila-aikaisen päihdekuntoutuksen toteutukseen, sillä siitä vastaa vankiloiden erityishenkilöstö, kuten päihdetyöhön palkatut ohjaajat, psykologit ja sosiaalityöntekijät. (Tanhua ym. 2011.)

Tartuntatautilain (583/1986) mukaan valtion kuuluu huolehtia tartuntatautien vastustamistyöstä vankiloissa. Terveydenhuoltohenkilökunnan tehtäviin kuuluu huolehtia siitä, että vangit saavat tarvittavia ohjeita erityisesti veri- ja seksiteitse tarttuvilta taudeilta suojautumiseksi ja mahdollisen leviämisen ehkäisemiseksi. Tartuntatauteja torjutaan vankiloissa terveystasvatuksella ja varmistamalla suojautumismahdollisuudet. Jokaiselle vangille jaettavassa hygieniapakkauksessa on ohjeet kondomin käytöstä sekä pistosvälineiden puhdistamisesta ja hävittämisestä, samoin kuin henkilökohtaiset desinfektio- ja puhdistusvälineet. (Tanhua ym. 2011.)

Opioidiriippuvaisen hoidon tarve voidaan asetuksen (33/2008) arvioida ja opioidikorvaushoidon aloittaa Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Terveydenhuoltoyksikkö ei ole kuitenkaan tehnyt arviointoja eikä aloituksia, mutta jo siviilissä aloitettuja korvaushoitoja on jatkettu. Vuonna 2010 vankiloissa oli korvaushoidossa vajaa 50 vankia päivittäin. (Tanhua ym. 2011.)

Suomalaisissa vankiloissa ei jaeta tai vaihdeta neuloja ruiskuhuumeiden käyttäjille. Vankilan poliklinikalta on mahdollisuus saada ruiskuhuumeiden käyttövälineiden puhdistamiseen soveltuvaa desifiointiainetta. Desinfioimisainetta tulisi olla myös saatavilla vankilan yleisissä tiloissa anonymisti. Käytännössä vangit eivät kuitenkaan käytä vankilan osastolla olevaa desinfiointipistettä käyttövälineiden puhdistusta varten, koska ajattelevat henkilökunnan seuraavan sitä (ks. esim. Perälä 2011). Vangeille suositellaan A-, B- ja C-hepatiittitutkimuksia sekä tarvittaessa rokotuksia. Tartuntatautilainetta seurataan huolellisesti yhdessä ulkopuolisten tahojen kanssa. Mikäli ruiskuvälineiden tartuntojen leviämisen riski arvioidaan suureksi, tilanteeseen pyritään reagoimaan nopeasti. (Tanhua ym. 2011.)

Terveydenhuoltoyksikön henkilöstön rooli päihdehoidon toteuttajana on keskeinen osa päihdetyötä. Erityisen merkittävä se on tulotilanteessa, kun vanki tulee siviilistä. Tällöin muun muassa selvitetään katkaisu- ja vieroitushoidon tarve kartoittamalla päihteiden käyttötilanne ennen vankilaan tuloa. Terveydenhuollon toteuttama päihdehoito käsittää päihdesairauksien ja päihdepsykiatrisen hoidon sekä opioidiriippuvaisen korvaushoidon. (Tanhua ym. 2011.)

Arviointikeskuksessa vangille laaditaan rangaistusajan suunnitelma, johon kirjataan ne tekijät, joiden eteen tulisi vankeusaikana työskennellä. Arviointikeskus arvioi rangaistusajan suunnitelmaa laatiessaan vangin päihdekuntoutuksen tarpeen ja

päihdeongelman vakavuuden ja ottaa ne huomioon sijoituspäätöstä tehtäessä. Noin joka neljännelle, pääasiassa yli kuuden kuukauden rangaistusta suorittavalle, tehdään rangaistusajan suunnitelma henkilökohtaiseen haastatteluun pohjaavan riski- ja tarvearvion perusteella. (Tanhua ym. 2011.)

Vankiloiden päihdekuntoutus käsittää päihdekuntoutuksen tarpeen arvioinnin, neuvonnan päihdekuntoutuksen mahdollisuudesta, motivoinnin päihdekuntoutukseen, retkahdushoidon, intensiteetiltään eri syvyiset ryhmämuotoiset päihdekuntoutusohjelmat, yksilötyön, sijoittumismahdollisuuden ulkopuoliseen päihdehoitolaitokseen, valmentautumisen vapauteen ja verkostotyön vapauden aikaisiin palveluihin. Erilaista päihdekuntoutusta on tarjolla lähes kaikissa suljetuissa vankiloissa. Osa avolaitoksista on keskittynyt erityisesti päihdekuntoutuksen järjestämiseen. Päihdekuntoutukseen osallistuu pääasiassa vankilan kuntouttava henkilöstö kuten psykologit, ohjaajat ja sosiaalityöntekijät. Vankiloissa on tällä hetkellä noin 50 ohjaajaa, jotka on ensisijassa palkattu päihdetyön tehtäviin. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen henkilöstö ei juurikaan rajallisten resurssien vuoksi osallistu vankien päihdekuntoutukseen. (Tanhua ym. 2011.)

Vankiloissa käytössä olevat motivointi- ja vaikuttavuusohjelmat hyväksytään aina akkreditointimenettelyssä. Ensisijaisesti pyritään suosimaan kansainvälisiä ohjelmia, joista on tutkimusnäyttöä. Ryhmämuotoisen ohjelmatoiminnan lisäksi käytetään yksilökeskusteluja niiden vankien kanssa, jotka eivät sovellu ryhmämuotoiseen toimintaan, jolloin heille tarjotaan mahdollisuus ajanvarauksella keskustella päihteiden käyttöön liittyvistä asioista. Yksilökeskustelut ovat usein myös osa monien ryhmämuotoisten päihdeohjelmien jatkohoitoa. Vankilassa kokoontuvat vertaisryhmät (NA- ja AA-ryhmät) sekä KRIS-Suomi ovat tärkeä osa päihteettömyyden tukemisessa. (Tanhua ym. 2011.)

Vankitietojärjestelmästä saatujen tietojen mukaan akkreditoidun tai hyvänä käytäntönä hyväksytyn päihdekuntoutusohjelman vankiloissa aloitti 340 vankia vuonna 2010. Vankiloissa ei ole käytössä yhtään varsinaista päihdekuntoutusohjelmaa, joka olisi suunnattu selkeästi vain huumeiden käyttäjille. (Tanhua ym. 2011.)

## Palvelujen laatu

Rikosseuraamuslaitoksen keskushallintoyksikkö vastaa tulosohjauksen, tarkastustoiminnan sekä ulkopuolisten auditointien avulla päihdetyöhön liittyvien tavoitteiden toteutumisen seurannasta. Päihdetyön laadunhallinnassa keskeinen toimija on Rikosseuraamuslaitoksen tarkastusyksikkö, joka seuraa päihdetyön toteutumista lainsäädännön edellyttämällä tavalla mm. rangaistusajan suunnitelmiin kirjattujen tavoitteiden osalta. Lisäksi päihdetyön ohjauksen tukena käytetään tarkastustoiminnan, laadunhallinnan ja arvioinnin ja tietojärjestelmien avulla tehtävän seurannan lisäksi erillisselvityksiä ja tutkimustietoa. (Tanhua ym. 2011.)

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä. Rikosseuraamuslaitos ei ole kuntoutuslainsäädännön tarkoittama kun-

toutusorganisaatio, eikä vankilan ensisijainen tehtävä ole kuntouttaminen vaan rangaistusten täytäntöönpano. Suomen vankeuslainsäädännössä korostuvat uusintarikollisuuteen vaikuttaminen ja vankien valmiuksien lisääminen rikoksettomaan elämäntapaan. Koska päihdeongelma on keskeinen yksittäinen rikollista elämäntapaa ylläpitävä tekijä, vankeusaika on hyvä paikka pysähtyä miettimään muutosta päihdeiden käytön suhteen. (Tanhua ym. 2011.)

Vankiloissa on kehitetty erilaisia päihdetyön ohjelmia vankilassa oleville ja sieltä vapautuville päihdeiden käyttäjille yhteistyössä alan keskeisten järjestöjen kanssa. Jatkossa pyritään entistä enemmän keskittymään omana toimintana sellaisiin työmuotoihin, joissa tarvitaan erityisosaamista rikollisesta käyttäytymisestä. Päihdekuntoutus, jossa ei tarvita erityistä rikosseuraamusasiakkaan tuntemusta, voidaan ostaa sieltä missä asiantuntemusta on, eli vankilan ulkopuolisilta päihdepalvelujen tuottajilta. Päihdekuntoutuksessa pyritään käyttämään sellaisia työmuotoja, jotka ovat vaikuttavia, laadukkaita ja kohtalaisen kattavia. Näitä erityisesti vankilan ulkopuolella olevia työmuotoja pyritään viemään vankiloihin nykyistä enemmän, sillä varsinkin nykyisessä taloustilanteessa rinnakkaisen järjestelmän ylläpitäminen ei ole tarkoituksenmukaista. Jatkossa myös ostopalvelujen laatuun kiinnitetään erityistä huomiota. (Tanhua ym. 2011.)

Rikosseuraamuslaitoksen omien päihdekuntoutusohjelmien laatuun on pyritty kiinnittämään erityisesti huomiota. Kaikki rikosseuraamusalalla käytettävät motiivointi- ja vaikuttavuusohjelmat hyväksytään aina akkreditointimenettelyssä ennen niiden laajamittaista käyttöönottoa. Lisäksi käytettäviin ohjelmiin on pyritty luomaan yksilökohtaiset laatustandardit. (Tanhua ym. 2011.)

Terveystieteiden tutkimuskeskityksen perustamiseen 1.10.2006 liittyvät rakenteelliset ratkaisut ovat jossain määrin vaikeuttaneet yhteistyötä sen ja vankilahenkilöstön välillä. Oikeusministeriön hallinnonalalla selvitetään parhaillaan vankiloiden terveydenhuollon siirtämistä yleiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Rikosseuraamuslaitoksessa ollaan parhaillaan kehittämässä asiakasarvioinnin menettelyjä ja siinä käytettäviä välineitä. Asiakasarviointi tulee olemaan seuraamuksen mittaisen prosessi ja asiakasarvioinnin kokonaisuuteen kuuluvat asiantuntijalausunnat, tuomittujen alkuarviot, seuraamusten aikaiset väliarviot sekä loppuarviot seuraamuksen päättyessä. (Tanhua ym. 2011.)

## 9.5 Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen

Erilaisiin kuntoutusohjelmiin vankiloissa osallistui 1 260 vankia vuonna 2009 (v. 2008: 1 835). Päihdekuntoutusohjelmiin osallistui 444 vankia, uusintarikollisuutta vähentäviin toimintaohjelmiin 288 vankia ja muuhun sosiaaliseen kuntoutukseen 528 vankia. Vuonna 2009 perustetun ohjelmatoiminnan ohjausryhmän tehtävänä on tarkastaa vankiloiden sosiaalisen kuntoutuksen sisältöä. (Rikosseuraamusvirasto 2010a.)



Vuoden 2006 lopulla otettiin käyttöön valvottu koevapaus, jonka tarkoituksena on edistää vapautuvan vangin sijoittumista yhteiskuntaan. Valvottu koevapaus on pituudeltaan enintään kuusi kuukautta ja se asettuu ehdottoman vankeuden ja ehdonalaisen vapauden väliin. Koevapauden aikana vanki on velvollinen osallistumaan toimintaan, joka voi olla esimerkiksi työtä, opiskelua, kuntoutusta tai asevelvollisuuden suorittaminen, ja hänen tulee sitoutua muun muassa päihteettömyyteen ja yhteydenpitovelvollisuuteen. Vuonna 2008 valvotussa koevapauksessa oli päivittäin keskimäärin 50 vankia. Kokemusten mukaan koevapaus on hyvä keino vähentää vankilasta vapautumiseen liittyviä riskitekijöitä, kuten retkahtamista päihteiden käyttöön ja siitä usein alkavaa rikoskierteen uusimista. (Mohell 2009.) Sähköisesti valvottavaa valvontarangaistusta koskeva laki (330/2011) tuli voimaan 1.11.2011. Valvontarangaistukseen tuomitun on noudatettava hänelle määrättyä päiväohjelmaa ja liikkumisvapauden rajoituksia. Tuomittu on velvollinen pysyttelemään asunnsaassa aina, kun hänellä ei ole ennalta määriteltyä perustetta poistua asunnosta. Häneltä edellytetään myös ehdotonta päihteettömyyttä, jota valvotaan päihteettömyystestein.

Kriminaalihuollon tukisäätiöllä on parhaillaan käynnissä Osaava ohjaus 2010–2013 -projekti, jonka tavoitteena on luoda moniammatillinen yhteistyö- ja osaamisvaihtomalli, mikä pyrkii saavuttamaan syrjäytymisvaarassa olevia aikuisia. Lisäksi projekti tarjoaa koulutusta ammattilaisille. Projekti on ESR-rahoitteinen ja se toteutetaan yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. (KRITS 2012).

Etelä-Suomen aluevankilan ja Helsingin sosiaaliviraston yhteistyönä on vuodesta 1999 järjestetty päihdeongelmaisten vankien kuntouttavaa vankityötä (Kuva), joka alkaa avovankilaan siirryttyä ja jatkuu samojen toimijoiden kanssa kuin vankeusajanakin. Ohjelmaan valitut vangit osallistuvat kaupungin työhönkuntoutukseen ja A-klinikoiden päihdehoidon terapeuttiliseen avokuntoutukseen. Taloudellisten asioiden ja velkojen selvittely on mahdollista ulosottotoimen ja velkaneuvonnan kanssa. Lisäksi vangit osallistuvat vertaistukiryhmien kokouksiin. Tavoitteena on, että vangit jo avovankilassa tottuvat säännölliseen työntekoon ja että heidän työllistymisensä välittömästi vapauttamisen jälkeen jatkuu samassa työympäristössä. Valtaosa osallistujista on vailla vakinaista asuntoa, ja he ovat kunnallisen asunnottomien sosiaalipalvelun asiakkaina. Vuoden 2010 loppuun kuntoutukseen on otettu 121 vankia. Näistä seitsemän oli aloittanut toistamiseen kuntouttavassa vankilatyössä. Runsaat puolet on vapautunut Kuvassa. (KRITS 2012.)

# 10 Huumemarkkinat

Kansainvälistyminen on vaikuttanut myös huumarikollisuuteen. Suuret ja törkeät huumausainerikosjutut ovat yleisesti ammattimaisia ja vahvasti järjestäytyneiden rikollisryhmien hallussa. Kansainvälisestä kehityksestä huolimatta Suomi ei kuitenkaan ole maailman huumekaupan tärkeimpiä kohteita syrjäisen sijaintinsa ja vähälukuisen väestöpohjansa takia. Huumausainetilanteeseen vaikuttaa myös poliisin korruptoitumattomuus ja yhteiskuntajärjestelmä, joka pyrkii järjestäytyneen rikollisuuden kitkemiseen. (Perälä 2011.)

Suomessa vallitsevan huumausaineiden tarjonnan kannalta virolaisten järjestäytyneiden rikollisryhmien rooli on ollut merkittävä, 2000-luvun alkupuolella erityisesti huumausaineiden salakuljetuksessa ja maahantuonnissa ja sittemmin suomalaisten rikollisryhmien yhteistyökumppaneina ja aine-erien toimittajina suomalaisrikollisten välitettäväksi ja jaeltavaksi. Virolaisrikollisten rooli rajat ylittävässä huumausainerikollisuudessa pysyy Suomen kannalta merkittävänä, mutta suomalaisten ja muunmaalaisten rikollisten toiminta huumekaupassa on laajentunut entisestään. Huumeita Suomeen tuovien ulkomaalaistoimijoiden joukko on monipuolistunut ja etenkin Liettuan merkitys myös Suomen huumausainekaupassa on selvästi voimistumassa. (KRP 2012.)

Huumausainemarkkinat näyttäytyvät toisaalta organisoidummalta ja ammattimaisemmalta. Toisaalta huumemarkkinat koostuvat erilaisista ”tasoista”, joissa ylemmän tason maahantuojat ja tukkurit, keskitason välittäjät ja alemman tason myyjät toimivat eri tavoin. Tutkimuksen tulosten mukaan Helsingin huumekauppa niin ylemmästä toimijasta alempaan toimijaan asti ei aina näyttäydy kovinkaan rationaaliselta toiminnalta. Järjestelmällisyyttä ennemmin toiminnassa on kyse päihderiippuvuudesta tai riippuvuuksista ja muista ongelmista. (Perälä 2011.)<sup>78</sup>

Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy ennen kaikkea kannabistuotteita, erityisesti kotiviljeltyä marihuanaa sekä hasista, amfetamiinia, ekstaasia ja muita syntetettisiä huumausaineita, korvaushoitovalmiste Subutexia sekä runsaasti huumausaineksi luokiteltuja lääkevalmisteita, etenkin bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. Marihuanan ja kannabiskasvien takavarikot ovat 2000-luvulla lisääntyneet. Tämä kertoo melko pienimuotoisen, mutta osittain myös myyntiin suunnatun viljelyn yleistymisestä. Hasista salakuljetetaan Keski-Euroopasta Suomen kautta Venäjälle, mikä selittää takavarikoidun hasiksen suurta määrää vuonna 2011. Muuntohuumeita tava-

<sup>78</sup> Tutkimuksen pääasiallisena aineistona on etnografinen kenttätö sekä sen ohessa tehdyt havainnot ja haastattelut. Aineistona on myös viranomaishaastatteluja sekä esitutkintapöytäkirjoja törkeistä huumausainerikoksista. Tutkimuksen näkökulma on konstruktionistinen, jonka mukaan todellisuutta rakennetaan kielellisesti. Näin ollen ihmisellä on puheessaan erilaisia käsityksiä todellisuudesta.

taan yhä enenevässä määrin Suomessa. Ne ovat vallanneet alaa MDMA:n tyyppisiltä aineilta sekä amfetamiineilta, joita takavarikoitiin aiempaa vähemmän. Kokaiini on parin viime vuoden aikana yleistynyt Suomessa, mutta se on edelleen markkinoilla melko marginaalinen huumausaine. Heroiinia on Suomen huumausainemarkkinoilla esiintynyt edelleen vähän. Subutexin päihdekäyttö sen sijaan on Suomessa edelleen runsasta. (KRP 2012.)

## 10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta

Suomessa ei ole varsinaisia avoimia huumemarkkinoita, joita tavataan joissakin Euroopan suurkaupungeissa, vaan valtaosa kannabiksen laittomien huumausaineiden myynnistä ja käytöstä tapahtuu yksityisasunnoissa (Kinnunen 2008). Kannabiksen kotikasvatus on lisääntynyt Suomessa huomattavasti, mikä näkyy myös takavarikkoluvuissa. Vuoteen 2007 verraten takavarikoitujen kannabiskasvien määrä on kaksinkertaistunut, mikä johtunee kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja siementen internethankinnan helppoudesta sekä myös siitä, että viranomaiset paljastavat kasvatusta nykyään entistä tehokkaammin. Vaikka kasvatus on pääosin pienimuotoista, siinä on yhä enemmän ammattimaisuuden piirteitä. Suomessa on paljastunut muutama asiantuntevasti toteutettu yli 500 kasvin kasvattamo. Kuten muuallakin Euroopassa, rikolliset moottoripyöräjengit ovat ryhtyneet viljelemään kannabista myös Suomessa. (KRP 2012.)

Kannabiksen kotikasvatustapauksissa on Suomessa yleensä kyse pienistä omaan käyttöön tarkoitetuista, enintään 20 kasvin viljelmistä. Vuosina 2002–2003 viidessä suurimmassa käräjäoikeudessa annetuissa huumetuomioissa rikoksen kohteena oli keskimäärin 11 kasvia mediaanin ollessa kuusi kasvia. Enimmillään kasveja oli 130. (Kainulainen 2006, Kainulainen 2011a.) Myös kannabiksen kotikasvattajien keskuudessa tehdyn tutkimuksen<sup>79</sup> mukaan ylivoimainen enemmistö vastaajista kasvatti kerrallaan 1-5 kasvia. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kotimaisen tuotannon merkitys on lisääntynyt ja marihuana on ohittanut hasiksen suosituimpana kannabis-tuotteena. Hankintatapana itse kasvatettu tai tutun kasvattajan kautta hankittu marihuana on ohittanut markkinoilta oston. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Useimmiten kasvattajat tilaavat siemenet (kemiallisesti käsiteltyjä siemeniä, joista kehittyä pistokkaita tuottavia emikasveja) internetin välityksellä tai saavat niitä tutuiltaan tai viljelmästään. Internetistä löytyy myös seikkaperäisiä kasvatusohjeita. Viljelyä tukee lisäksi viljelyssä tarvittavien välineiden sinänsä laillinen myynti eräissä kasvattajien suosimissa liikkeissä. Valtaosa kasvatustapauksista ilmenee suurissa kaupungeissa. Korkealaatuisesta lajikkeesta ja suotuisissa olosuhteissa kasvatetun kannabiskasvin kukinnan THC-pitoisuus voi kohota yli 10 prosentin. Katukaupassa kannabiskasvin kukka on arvokkaampaa kuin huonolaatuinen hasis. (KRP 2012.)

<sup>79</sup> Tutkimuksessa haastateltiin 38 suomalaista kannabiksen kotikasvattajaa v. 2008 aikana, suoritettiin suomalaisille kannabiksen kotikasvattajille suunnattu anonymi Internet-pohjainen 65 kysymystä sisältävä verkkokysely v. 2009, johon saatiin 1298 vastausta. Joista 1054 kasvattajaa sekä tutkittiin väestökyselyaineistoja, missä eriteltiin hasiksen ja marihuanan käyttöä.

Erityisesti Suomen markkinoille suunnattuja verkkosivustoja, joilla kaupataan huumeiden kaltaisia aineita, ei ole havaittu. Kannabiskasvien siemeniä, lääkkeitä, muuntohuumeita ja GBL:ää tilataan kuitenkin enenevästi ulkomailta internetin kautta yleensä omaan käyttöön tarkoitettuja pieniä määriä. Etenkin GBL:ää eli lakkaa<sup>80</sup> tilataan Suomeen internetin kautta posti- ja pikarahtilähetyksinä muun muassa Hollannista, Iso-Britanniasta ja Puolasta, mutta sitä tuodaan myös Viron kautta Saksasta. Aineita kauppaavat ulkomaiset yritykset kertovat kotisivuillaan selvästi, että aine on 100-prosenttista GBL:ää, joka muuttuu elimistössä GHB:ksi eli gammaksi. Aineet lähetetään tilaajille muovipulloissa, joihin liimattujen etikettien mukaan pullojen väitetään sisältävän esimerkiksi puhdistusaineita. Omaan käyttöön tarkoitettuja muuntohuume-eriä tilataan myös pääasiassa internetin välityksellä, mikä näkyy postirahdissa muuntohuumeita sisältävien postipakettien määrän huomattavana kasvuna. (KRP 2012.)

### Maahantuonti ja huumemarkkinat

Huumausainerikollisuudella on vahvat kansainväliset kytkennät. 24–35 prosenttia törkeistä huumausainerikoksista Suomessa epäillyistä henkilöistä on ollut viime vuosina ulkomaalaisia. Suurimpina ryhminä ulkomaalaisten joukossa ovat olleet virolaiset ja venäläiset/vironvenäläiset epäillyt. Suomen markkinoilla ulkomaalaiset toimivat maahantuojina ja salakuljettajina, ja suomalaiset rikoksenteijät huolehtivat yleensä huumeiden vastaanottamisesta ja jakelusta. Muutaman edellisvuoden tapaan myös vuonna 2011 ulkomaalaisten osuus kaikista huumausainerikoksista epäillyistä oli noin seitsemän prosenttia. (KRP 2012.)

Huumeita tuodaan maateitse henkilö-, paketti- ja kuorma-autoissa. Kuriirit salakuljettavat huumeita Suomeen vaatteisiin ja matkatavaroihin kätkeytyinä sekä enenevässä määrin myös kehonsisäisesti. Lisäksi huumeita tuodaan Suomeen vesireittejä pitkin rahtilaivoissa, pika-aluksissa ja huvipursissa. Huumeita tuodaan myös ilmateitse. Turistiliikenteessä ilmaitse tuotujen suurten huumausaine-erien määrä on vähentynyt, sillä sekä henkilöiden että matkatavaroiden turvatoimet ovat tiukentuneet. Suurempia lasteja tulee maahan lentorahdin ja pikarahtiyhtiöiden kautta. Huumeet vaihtavat nykyään useimmin omistajaa maastokätköjen avulla, jolloin aine piilotetaan maastoon ja sen piilopaikasta piirretään kartta tai sen sijainti tallennetaan gps-koordinaatein. Kätköpaikkakartat ovat rikollismarkkinoiden kauppatavaraa. (KRP 2012, Perälä 2011.)

Suurin osa huumausaineista tulee Suomen markkinoille hyvin vaihtelevia reittejä etenkin etelästä ja lännestä. Poliisin mukaan pääosa Suomen markkinoilla esiintyvistä amfetamiinista on nykyään lähtöisin Länsi-Euroopasta, josta sitä salakuljetaan muun muassa Viron tai Liettuan kautta Suomeen. Amfetamiinia ja metamfetamiinia valmistetaan nykyisin myös Liettuassa, josta etenkin virolaiset välittävät tuo-

<sup>80</sup> Lakka eli gammabutyrolaktoni on lääkelain piiriin kuuluva tuote, jota käytetään puhdistusaineena ja teollisuuskemikaalina.

vat sitä Suomen markkinoille. Amfetamiinien maahantuonti on nykyisin varsin suurimittaista ja suunnitelmallista. Tyypillisesti virolaiset rikolliset piilottavat amfetamiinit maastokätköihin, suomalaiset rikolliset ostavat kartan maastokätköstä ja hakevat tuotteet sen perusteella. (KRP 2012.)

Venäjällä huumausaineiden käyttötavat ovat länsimaistumassa ja erityisesti amfetamiinin, ekstaasin, hasiksen ja kokaiinin käyttö kasvaa. Valvonnan tehostuminen heroisiin kuljetusreiteillä sekä 3-metyylifentanyylistä aiheutuneet yliannostuskuolemat ovat johtaneet siihen, että heroisiin tilalle on Venäjällä tullut halvempia ja helpommin saatavia huumausaineita. Myös synteettiset huumeet ovat syrjäyttäneet heroimia Venäjällä, ja amfetamiinin kysynnän voimakkaan kasvun seurauksena Pietarin alueelle on viime aikoina syntynyt runsaasti laittomia amfetamiinilaboratorioita. Amfetamiinia valmistetaan eri lähtöaineista, joita on vapaasti ostettavissa, ja markkinoilla olevien amfetamiinien laatu on erittäin kirjava. Lisääntynyt amfetamiinin valmistus Venäjällä vaikuttaa jossain määrin myös Suomen huumausainemarkkinoihin. Kansainvälisen amfetamiinivertailun perusteella Venäjän markkinoilla tavattua amfetamiinia on jo todettu sekä Virossa että Suomessa. (KRP 2012.)

Hasista tuodaan Suomeen Marokosta Espanjan, Alankomaiden tai Saksan kautta sekä edelleen joko meriteitse tai Pohjoismaiden tai Baltian maiden kautta. Hasiksen salakuljetus Keski-Euroopasta Suomen kautta Venäjälle on lisääntynyt. Tulli takavarikoi suuria hasislasteja pääosin arvoautoihin ammattimaisesti tehdyistä kätköistä. Myös hasiksen kehonsisäinen salakuljetus on lisääntynyt. Tullin rikostutkinnassa on todettu, että myös khatin salakuljetus on organisoitua toimintaa, jossa liikkuu suuria määriä rahaa. Suurin osa khat-takavarikoista tehtiin Englannista saapuvilta lentomatkustajilta, mutta myös lentopostin ja pikakuriiriyritysten käyttö on vuosittain lisääntynyt. Khatia salakuljetetaan Suomeen myös rahtiliikennettä hyväksi käyttäen lailliseen lastiin kätkettynä mm. kylmäkuljetusrahdissa. (KRP 2012.)

Venäjällä on ollut salakuljetusreittinä merkitystä erityisesti heroisiin osalta, mutta heroimia tuodaan Suomeen myös muita reittejä. Hoitopalvelujen saatavuuden vaikeus ja Subutexin tarjonnan heikentyminen laittomilla markkinoilla voivat nostaa heroisiin kysyntää Suomessa. Suomea voidaan myös käyttää reittinä heroisiin kansainvälisessä salakuljetuksessa Venäjän suunnasta muualle Eurooppaan. Myös huumausaineiden salakuljetuksen uhka Pohjoismaiden, myös Suomen, kautta Venäjälle on syytä ottaa huomioon, sillä EU:n koillisosan läpi salakuljetetaan huumausaineita etenkin Venäjälle, esimerkiksi kokaiinin kansainvälisessä salakuljetuksessa aktiivisten liettualaisten rikollisryhmien toimesta. Myös muuntohuumeiden mahdolliseen salakuljetukseen Suomen kautta Venäjälle on syytä kiinnittää erityistä huomiota. (KRP 2012.)

Helsingin huumemarkkinoista tehdyn tutkimuksen mukaan toiminnan kuvataan toimivan eri tasoilla. Toimijat ja toiminta on kullakin tasolla erilaista, vaikka tasot voivat sekoittautuakin. Ylemmän tason toimijat muodostuvat ideaalitapauksessa Aivoista, Vasemmasta kädestä sekä Lompakosta. Aivoilla on Kontakti, jolta ainetta voidaan ostaa. Aine-erän maahan saamiseen käytetään usein Välimiestä, Muulia ja

Testaajaa. Ylimmän tason toimijat onnistuvat muita tasoja paremmin välttelemään kiinni jäämistä. (Perälä 2011.)

Keskitasolla olevia toimijoita on jo huomattavasti enemmän kuin ylemmällä tasolla. Keskitason myyjä toimii useimmiten pienen kaveripiirinsä, niin kutsutun hovin kanssa. Hovi koostuu muutamasta luotetusta henkilöstä ja näistä tärkeimmät ovat Aivot, Apumies ja Nyrkkimies. Näillä toimijoilla ei kuitenkaan ole niin paljoa statusta tai teknisiä taitoja kuin ylemmän tason toimijoilla. He käyttävät ylempää tasoa enemmän ja hallitsemattomin omia myyntituotteitaan. Huumemarkkinoiden keskitasolla toimivat ”Tukkurit” katsotaan silti niin ulkomailla kuin Helsingissäkin huumemarkkinoiden tärkeimmiksi henkilöiksi koska heidän kauttaan ylempi taso saa voitot huumeista. (Perälä 2011.)

Alimmalla tasolla toimivat grammadiilerit ja käyttäjät. Erää saatetaan myydä eteenpäin gramma tai pilleri tai ”vedot” kerrallaan. Alemmalla tasolla toimivista ihmisistä kaikki käyttävät myymäänsä huumetta, myyntitoiminta on pienimuotoista ja toimijoita on huomattavasti enemmän kuin ylemmillä tasoilla. Toiminta on usein varsin raadollista. Aineiden käyttö tuo järjestelmän toimintaan epävarmuutta ja vähentää toimijoiden keskinäistä luottamusta. Näin arjesta tulee kaoottista, kun puhutut sopimukset eivät pidä käytännössä. Viranomaisten kontrollitaktiikat sen sijaan ovat tehokkaita ja tämä järjestelmä puolestaan toimii erittäin hyvin. (Perälä 2011.)

### Huumelääkkeiden salakuljetus

Huumaavien lääkevalmisteiden huumekäyttö on suomalaisten päihderiippuvaisten keskuudessa hyvin yleistä. Huumaavien lääkevalmisteiden hankinnassa hyödynnetään etenkin lääkejakelun keskitetyn valvonnan puutetta: lääkemääräyksiä haetaan lukuisilta eri lääkäreiltä ja aineita päätyy sekä laittomille markkinoille että omaan päihdekäyttöön. Lisäksi lääkkeitä hankitaan ulkomailla, useimmiten tilaamalla niitä Internetin kautta eri puolilta maailmaa. Yli 90 prosenttia lääkkeistä tulee postitse, eniten niitä on takavarikoitu Iso-Britannian, Intian, Thaimaan, Englannin ja Turkin postiliikenteestä. Schengen-laaientuminen on vahvistanut salakuljetuksen merkitystä huumaavien lääkevalmisteiden laittomilla markkinoilla ja salakuljetus etenkin Baltiasta on lisääntynyt. Laillisen huumelääketurismin loppumisen myötä lääkkeiden kehonsisäinen salakuljetus on lisääntynyt Viron liikenteessä. Viroon suuntautuva huumelääketurismi on muutenkin vilkasta, Virosta tuodaan paljon bentsodiatsepiineja, useimmiten laivamatkustajien mukana. Syksyllä 2011 tuotiin liki 20 000 kappaletta erä klonatsepaamivalmistetta (bentsodiatsepiini) autonrenkaaseen kätkeytyneenä. Nykyään myös Kaukoitään suuntautuva lääketurismi on yleistynyt ja huumelääkkeitä tuodaan usein lentomatkustajien mukana esimerkiksi Thaimaasta. (KRP 2012, Tulli 2012.)

Subutexin hankintareitit ovat uudistuneet Viron ja Latvian liittyttyä Schengen-alueeseen. Subutexia salakuljetetaan nykyään usein Ranskasta mm. pohjoista reittiä Ruotsin kautta Suomeen. Ruotsissa ja Norjassa buprenorfiini on saanut aiempaa

enemmän jalansijaa, ja salakuljetus näistä maista Suomeen on lisääntynyt. Tästä ovat osoituksena Suomeen matkalla olleiden suurten Subutex-erien takavarikot Ruotsissa. Pohjois-Suomen osuus Subutexin markkina-alueena on kasvanut huomattavan paljon ja Subutexistä on tullut ongelma myös Suomen pohjoisosissa. Hankintalähteeksi on nousemassa myös Schengen-alueen ulkopuolinen Iso-Britannia ja Subutexia saa reseptilääkkeenä myös Liettuasta. Subutexin valmistuksen mahdollinen siirtyminen Kaukoitään lisännee erityisesti verkkokauppaa. (KRP 2012, Tulli 2012.)

### Huumevalmistamot

Suomessa ei ole paljastunut synteettisten huumausaineiden valmistamoita, kaikkiaan viime vuosien aikana vain muutamia pieniä amfetamiinisulfaattisaostamoita. Näiden tarkoituksiin on hankittu kemikaaleja tilaamalla kemian alan toimijoilta sekä anastamalla tutkimuslaitoksista tai kemian alan työpaikoilta. Laittomuuksien torjunta riippuu näin paljon myös alan toimijoiden valppaudesta. Huumausaineiden valmistusprosessissa tarvittavien lähtöaineiden kauppa rajojen yli liittyy usein lailliseen liiketoimintaan, mutta osa kemikaalien laillisesta kuljetuksesta voi päätyä huumausaineiden valmistukseen Suomen lähialueille. Suomen sijainti on lähtöainekaupan kannalta hyvin riskialtis: laittomia huumelaboratorioita on runsaslukuisesti niin Venäjällä kuin kaikissa Baltian maissakin ja kaikkien näiden maiden kanssa Suomella on kemian alan kauppaa tai lähtöaineiden kauttakuljetuksia. Suomessa ei ole tehty huomattavia lähtöainetakavarikoita. Lähtöainetakavarikoilla voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hankaloittaa huumausaineiden tuotantoa. (KRP 2012.) Tulli on vuonna 2010 takavarikoinut efedriiniä tablettimuodossa. Käyttäjät ovat kuntosaliharrastajia, eikä heidän tarkoituksenaan ole ollut valmistaa huumausaineita. (Tulli 2011.)

Toukokuussa 2010 poliisi teki ainutlaatuisen takavarikon Helsingissä, jossa löydettiin lähes 60 kiloa mCPP:tä, huomattavasti Bromo-Dragonfly -arkkeja sekä huume-tablettien valmistuskone. MCPP esiintyy markkinoilla usein ekstaasin korvikkeena, ja se luokiteltiin Suomessa huumausaineeksi 12.3.2012. Poliisi arvioi, että takavarikoidusta mCPP:stä olisi voitu valmistaa noin 800 000 tablettia. Samassa tutkimuksessa löydettiin huomattava määrä erittäin vaarallisina pidettyjä Bromo-Dragonfly -arkkeja. Myös LSD:tä muistuttava Bromo-Dragonfly luokiteltiin Suomessa huumausaineeksi 12.3.2012. (KRP 2012.) Asiantuntija-arvioiden mukaan lähivuosina tehdasmaista huumeiden valmistusta voi levitä myös Suomeen.

## 10.2 Huumausainetakavarikot

Takavarikkotietojen valossa tilanne Suomen huumausainemarkkinoilla näyttää melko vakaalta. Kannabiksen kasvatusta ja huume-lääkkeitä koskevat rikosjutut ovat vuoden 2011 aikana edelleen yleistyneet. Muuntohuume-lyödysten, erilaisten muuntohuumeiden ja huumaavien rohdosten lukumäärä on myös kasvanut edelleen ja

muuntohuumeiden verkkotilausten yleistyminen on näkynyt etenkin Tullin työssä. Vuonna 2011 Tullissa tavattiin 85 erilaista muuntohuumetta, joista 42 oli täysin uusia aineita. Huumaavia rohdoksia löydettiin 13. Yhteensä muuntohuumeita todettiin Tullilaboratoriossa 10,4 kiloa. Huumausainemarkkinoilla esiintyy eniten lakkaa, synteettisiä kannabinoideja, metylonia ja metiopropamiinia. Muuntohuumeista luokiteltiin huumausaineiksi uudella lailla 12.3.2012 lukien ensimmäisenä JWH-018, JWH-073, JWH-081, 2-DPMP, mCPP, metyloni ja Bromo Dragonfly. Luokiteltuja seitsemää muuntohuumetta jäi viime vuonna Tullissa takavarikkoon yhteensä yli 300 erää. (KRP 2012; Tulli 2012.)

**Taulukko 14. Poliisin ja tullin vuosina 2004–2011 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausaine-erät (kg).**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Hasis</b>	467,4	430,6	282,7	360	47	440	250	860
<b>Marihuana</b>	25,8	43,4	32,9	36	56	100	80	97
<b>Kannabis-kasvit (kpl)</b>	7840	9460	7510	7600	14 000	12500	15000	16400
<b>Kannabis-kasvit (kg)*</b>	41,7	43,3	36,2	87	41	45	31	42
<b>Amfetamiini + Metamfetamiini**</b>	108,6	116,6	129	152	130 + 17	110+5	113+39	71+28
<b>MDPV</b>						4	9,5	2,4
<b>Kokaiini</b>	1,1	1,2	6,5	4	3	2,8	4,2	3,5
<b>Khat</b>	2 118	2 562	3 283	3 300	2 250	3 300	4 700	5 800
<b>Heroiini</b>	0,2	52,4	0,2	0,4	0,2	2	0,4	1
<b>Subutex (tabletteja)</b>	32 970	24 478	22 979	20 600	12 000	17 000	15 000	31 700
<b>Ekstaasi (tabletteja)</b>	23 243	52 210	39 185	83 000	34 000	15 100	27 000	17 800
<b>LSD (annoksia)</b>	195	452	171	2 138	3 082	620	790	1260
<b>Bromo Dragonfly (kpl)</b>						1 200	7 600	1 100
<b>GBL + GHB** (litraa)</b>			24	91	150 + 9	84+2	37+5	930+2,5

\* = Kappalemäärittäin ilmoitettujen kannabiskasvien lisäksi, lähinnä kasvien osia.

\*\* = Vuoteen 2007 saakka yhteenlaskettuina, vuodesta 2008 erikseen.

Lähde: Keskusrikospoliisi (2012).



**Taulukko 15. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 2002–2011.**

	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Hasis</b>	3 012	2 626	2 599	1 900	1 500	1 940	1 933	1 829
<b>Marihuana</b>	1 275	2 067	2 269	2 400	3 000	3 700	4 018	4 281
<b>Kannabiskasvit</b>	923	1 406	1 378	1 900	2 100	2 650	2 716	3 187
<b>Amfetamiini + metamfetamiini</b>	3 399	3 392	3 101	2 990	2900 + 120	2910 + 125	3154 + 199	3157 + 90
<b>Kokaiini</b>	45	65	82	92	107	102	126	81
<b>Heroiini</b>	145	45	25	20	25	26	9	3
<b>Subutex</b>	741	844	840	800	850	940	1 126	1 276
<b>Ekstaasi</b>	329	328	297	340	250	190	229	300
<b>LSD</b>	10	21	15	50	73	52	73	92
<b>GBL + GHB</b>			54	184	170 + 80	112 + 28	69 + 40	182 + 45
<b>Khat</b>			180	199	130	220	227	237

Lähde: Keskusrikospoliisi (2012).

Vuonna 2011 kannabistuotteiden takavarikkoja tehtiin Suomessa lukumääräisesti jälleen enemmän kuin koskaan. Myös takavarikoitujen kannabiskasvien lukumäärä (noin 16 400) oli suurempi kuin koskaan. Vuoteen 2007 verraten takavarikoitujen kannabiskasvien määrä on yli kaksinkertaistunut. Marihuanaa takavarikoitiin historian toiseksi suurin vuosittainen määrä, noin 97 kiloa. Takavarikoidun marihuanan vuosittainen määrä on viime vuosina lähes kolminkertaistunut vuoden 2007 tasoon verrattuna. Kasvua selittävät mm. Hollannista Suomeen suuntautuvasta, ulkomaa-laisten tekijöiden toteuttamasta salakuljetuksesta tehdyt muutamat poikkeuksellisen suuret takavarikot. Hasista takavarikoitiin vuonna 2011 ennätysmäärä, kaikkiaan 860 kiloa. Suurin osa hasiksesta oli suunnattu Venäjälle ja Tulli teki takavarikot pääosin arvoautoihin ammattimaisesti tehdyistä kätköistä. Myös hasiksen kehon-sisäinen salakuljetus on lisääntynyt. Suosituimpien tuontihuumeiden takavarikko-määriin vaikuttavat ratkaisevasti suurimittaiseen salakuljetukseen kohdistuvien tut-kintaoperaatioiden tulokset. Suurimmat yksittäiset hasistakavarikot vuonna 2011 olivat Saksasta kahteen ajoneuvoon kätkettynä laivalla Suomeen salakuljetettu poik-keuksellisen suuri, noin 210 kilon painoinen lasti sekä Vaalimaan raja-asemalla kiinni jääneistä Suomesta Venäjälle matkalla olleista ajoneuvoista tehdyt kaksi noin 90 kilon takavarikkoa. (KRP 2012.)

Syntetisistä huumausaineista amfetamiinia takavarikoitiin vuonna 2011 noin 71 kiloa, mikä on selvästi aiempia vuosia vähemmän. Suurimmassa yksittäisessä amfe-tamiinitakavarikossa maastokätköstä löydettiin kuusi kiloa amfetamiinia. Kaksi

seuraavaksi suurinta takavarikkoa olivat molemmat kahden kilon suuruisia, toinen epäillyn asunnosta ja toinen epäillyn asunnon läheisyydestä maastokätköstä. Amfetamiinin tarjonnan puutteita on korvattu edelleen metamfetamiinilla, jonka osuus huumemarkkinoilla ja salakuljetuksessa on selvästi kasvanut, kuten muuallakin Pohjoismaissa ja Baltiassa. Vuonna 2011 metamfetamiinia takavarikoitiin 28 kiloa. Suurin yksittäinen takavarikko oli maastokätköstä löydetty lähes 16 kilon metamfetamiinierä. Tulli paljasti toisen suuren maastokätkön, josta löytyi kahdeksan kiloa metamfetamiinia. (KRP 2012.)

Amfetamiinien rinnalla ja joukossa markkinoilla on esiintynyt metyleenidioksi-pyrovaleronia, (MDPV), jota takavarikoitiin vuonna 2011 edellisvuosia vähemmän, vain 2,4 kiloa. MDPV:n osuus markkinoilla on laskenut aineen huonon maineen ja huumausaineeksi luokittelun (28.6.2010) takia. (KRP 2012.)

Ekstaasin takavarikkomäärä putosi vuonna 2011 jälleen alle 20 000 tabletin, mikä on huomattavasti pienempi kuin 2000-luvun suurimmat, yli 80 000 pilleriin yltäneet vuosimäärät. Myös ekstaasin vaihtoehtona markkinoitua mCPP:tä (kloorifenyyli-piperatsiini, Suomessa huumausaine 12.3.2012) saatiin takavarikkoon vähän, vain 60 tablettia. (KRP 2012.)

LSD:tä takavarikoitiin vuonna 2011 hieman edellisvuotta enemmän, 1260 lappua ja Bromo Dragonfly -lappuja (Suomessa huumausaine 12.3.2012) 1 100. (KRP 2012.)

Kokaiini on parin viime vuoden aikana yleistynyt Suomen markkinoilla, mutta se on edelleen markkinoilla melko marginaalinen huumausaine: Takavarikkoon sitä saatiin vuonna 2011 noin 3,5 kiloa, kaikkiaan vajaat sata takavarikkoesinettä. (KRP 2012.)

Heroiinin takavarikoitu määrä romahti Suomessa 2000-luvun alussa. Heroiinia on markkinoilla esiintynyt edelleen vähän. Vuoden 2011 kokonaistakavarikkomäärä oli noin yksi kilo. (KRP 2012.)

Heroiinin tilalle levinneen buprenorfiinivalmiste Subutexin takavarikkojen kokonaismäärä nousi vuonna 2011 huomattavasti. 31 700 tablettia on suurin takavarikkomäärä viiteen vuoteen. Muita huumausaineiksi luokiteltuja lääkevalmisteita (lähinnä bentsodiatsepiineja ja jonkin verran opioideja) takavarikoitiin kaksinkertainen määrä viime vuosien tasoon verrattuna, kaikkiaan noin 243 000 tablettia. (KRP 2012.)

Tulli jäljitti vuonna 2011 suuren ja suunnitelmallisen GBL:n maahantuonti- ja jakelutoiminnan Varsinais-Suomessa. Suomalaismiehen epäiltiin tilanneen Kiinasta lääketehasta 1000 litraa GBL:ää. Ainetta saatiin takavarikkoon 860 litraa, mikä on suurin Suomessa tähän mennessä tehty GBL-takavarikko. Aine oli tarkoitettu pääkaupunkiseudun huumemarkkinoille ja koko erän arvo katukaupassa olisi ollut yli miljoona euroa. Kaiken kaikkiaan lakkaa saatiin takavarikkoon vuonna 2011 ennätysmäärä, 930 litraa. (KRP 2012.)

Suomessa takavarikoidun, somalialaisperäisten käyttäjien suosiman khatin takavarikkomäärä jatkoi kasvuaan. Vuonna 2011 se oli ennätykselliset 5 800 kiloa. (KRP 2012.)

### 10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu

Huumausaineiden katukaupan hintataso pysyi vuoden 2011 aikana jokseenkin ennallaan. Kannabiksen hintataso pysyi edellisvuoden tasolla, gramman kannabista on saanut katukaupassa 13–20 eurolla. Myös hasiksen tyypillinen vähittäishinta on pysynyt edellisvuosien tasolla, noin 6–15 euroa grammalta. Lapissa grammahinta on ollut muuta maata korkeampi, noin 20 euroa. Amfetamiinin tyypillinen hinta katukaupassa on ollut hieman yli 20 euroa grammalta, vaihdellen pääkaupunkiseudun 15–25 eurosta Pohjois-Suomen jopa 40–50 euroon. Metamfetamiinin hinta on ollut suunnilleen samalla tasolla. Heroiinin hinta on vuonna 2011 ollut noin 120 euroa grammalta ja kokaiinin 60–100 euroa grammalta. Ekstaasitabletin vähittäishinta on vuonna 2011 ollut 12–20 euroa ja LSD-lapun 10–20 euroa. (KRP 2012.)

Käyttäjä maksaa Suomessa yhdestä Subutex-tabletista pääkaupunkiseudulla 25–40 euroa ja Pohjois-Suomessa jopa 100–160 euroa. Hinta vaihtelee ostettavasta määrästä riippuen. MDPV:n katukauppahinta on tiettävästi ollut 60–80 euroa grammalta, lentotullin tutkimissa jutuissa on todettu myös 25–40 euron katukauppahintoja. Puolen litran lakkapullo maksaa internetin kautta tilattuna noin 60 euroa, Suomen katukaupassa noin 1–20 euroa millilitralta aineen vahvuudesta riippuen. Huumaavien lääkkeiden kappalehinta laittomilla markkinoilla on koko maassa yhdestä kolmeen euroon, joistakin bentsodiatsepiineista maksetaan jopa viisi euroa kappaleelta. (KRP 2012.) Yhden khat-annoksen koko on noin 150–250 grammaa, ja se maksaa tuoreena noin 25 euroa. (Perälä 2011.)

Huumausaineiden katutason myyntihinnat vaihtelevat Suomessa huomattavasti sen mukaan, missä niitä myydään: Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla hinnat ovat yleensä selvästi matalampia kuin maakuntakeskuksissa. Kovien aineiden käyttäjien keskuudessa suosittu amfetamiini voi maksaa keväällä 2011 koottujen tietojen mukaan maakuntakeskuksissa hyvinkin kaksinkertaisesti sen, mitä se maksaa Helsingissä. Myös hasiksen ja Subutexin hinnat ovat muualla maassa selvästi korkeammalla tasolla kuin Helsingin seudulla. Kannabiksen hinnoissa ei näy vastaavanlaista aluekohtaista vaihtelua kuin salakuljetettujen huumeiden hinnoissa. Maakuntakeskuksissa kannabista voi saada jopa halvemmalla kuin pääkaupungissa. Erityisolosuhteissa, kuten vankilaan salakuljetettuna huumausaineiden hinnat voivat olla tapauskohtaisesti hyvinkin korkeita. (KRP 2011.)

KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa tai Tullilaboratoriossa tehtävillä laboratoriotutkimuksilla selvitetään, sisältävätkö tutkinnassa talteen otetut tai takavarikoidut näytteet huumaus-, lääke- tai dopingaineiksi luokiteltuja yhdisteitä ja valmisteita tai uusia luokittelemattomia huumaavia aineita eli muuntohuumeita. Lisäksi rikostekni-

sessä laboratoriossa tutkitaan huumausaineiden laitonta valmistusta. Huumausaine-erien vertailututkimuksella pyritään selvittämään, onko kaksi (tai useampi) aine-erää valmistettu samassa laboratoriossa ja ovatko ne mahdollisesti samaa valmistuserää. Vertailututkimuksia on tehty varsinkin amfetamiinierien välillä. Rikosteknisessä laboratoriossa analysoidaan rutiininomaisesti huumausainetakavarikon pitoisuus amfetamiinista ja metamfetamiinista, mikäli takavarikoitu määrä on yli 10 grammaa sekä yli 2 gramman heroiini- ja kokaiinitakavarikoista. Kannabiskasvien ja marihuanan pitoisuus analysoidaan yli 150 gramman eristä pyydettyäessä. Muilta osin pitoisuuksia ei analysoida. (KRP 2012.)

Analysoitujen huumausaine-erien keskipitoisuuksissa ei tapahtunut vuoden 2011 aikana merkittäviä muutoksia. Amfetamiinin keskimääräinen pitoisuus on edelleen pienentynyt (2007: 29 p-%, 2011: 18 p-%). Kokaiinin ja metamfetamiinin keskimääräiset pitoisuudet ovat noin 30 p-%. Kaikille aineille on yhteistä se, että pitoisuuksien vaihteluväli on suuri. (KRP 2012.)

## B. ERITYISTEEMAT

# 11 Huumeidenkäyttäjien laitoshoito Suomessa

Erikoistuneen huumehoidon alku juontaa Suomessa 1970-luvun alkuun, jolloin huumeongelmaisten ihmisten hoito siirrettiin yhdessä muiden päihdeongelmaisten hoidon kanssa psykiatrisesta hoidosta sosiaalipalveluiden piiriin. Tuolloin osa päihdehuoltoon erikoistuneista hoitopaikoista otti vastuulleen huumeidenkäyttäjien hoidon (Kuussaari 2006). Muutosta seuranneina vuosikymmeninä huumehoidon ja myös huumeidenkäyttäjien laitoshoidon kehitys on seurallut Suomessa hoitofilosofioissa, huumausaine- ja hyvinvointipolitiikassa ja palveluiden rahoituksessa ja rakenteissa tapahtuneita muutoksia. Keskeisiä hoidon määrittelijöitä ovat olleet palveluiden rahoituksesta vastanneet ja myös omia hoitopaikkoja ylläpitäneet valtio ja kunnat, sekä varsinkin erikoistuneiden huumehoitojen tuottamisesta vastanneet päihdepalvelujärjestöt. Tämän lisäksi huumehoitoja ovat olleet määrittelemässä huumeidenkäyttäjien omaiset, käyttäjät itse sekä muutamat julkisuudessa esillä olleet yksittäiset henkilöt ja asiantuntijat.

## 11.1 Laitoshoidon historiaa ja hoitoa koskevia lakeja ja suosituksia

Huumehoitojen historiaa on tutkittu Suomessa melko vähän. Lisäksi maassamme on tehty melko vähän huumehoidon menetelmiä kartoittavaa hoitotutkimusta (Selin 2011c; Kaukonen 2005). Tutkimuksen vähäisyyteen on saattanut olla vaikuttamassa osaltaan se, että Suomeen vakiintui itsenäinen, alkoholiongelmien hoidosta erillinen huumehoitojärjestelmä oikeastaan vasta 1990-luvun aikana ja näin ollen myös huumehoitojen tarkastelu on sulautunut aikaisemmissa tarkasteluissa osaksi laajemman päihdehuollon historiaa (Kaukonen 2002).

Yleisellä tasolla Suomessa toteutettavaa huumeidenkäyttäjien hoitoa on tarkasteltu aikaisemmissa tutkimuksissa erilaisten vaiheiden kautta, joissa on sivuttu myös laitoshoidon kehitystä. Aarne Kinnunen ja Juhani Lehto erottelevat artikkelissaan *Finland: Drug Treatment at the Margins* (1998) huumehoidon neljä eri vaihetta 1960-luvun alusta 1990-luvun puoliväliin, jotka ovat 1) psykiatrisen hoidon vaihe (1960-luvun loppu–1970-luvun alku), 2) sosiaaliterapeuttinen vaihe (1970-luvun alku), 3) erillisen huumehoidon vähenemisen vaihe (1975–1986) ja 4) ”antaa kaikkien kukkien kukkia” -vaihe (1987–1996). Myöhemmin Olavi Kaukonen (2002) on lisännyt Kinnusen ja Lehdon jaotteluun 1990-puolivälistä alkaneen huumehoidon

ekspansiivisen vaiheen, jonka taustalla vaikuttivat Suomen huumeusainetilanteessa ja -politiikassa 1990-luvun lopulla tapahtuneet merkittävät muutokset.

### 1970–1990-luvut

Huumehoidon psykiatrisessa vaiheessa (1960-luvun–1970-luvun alku) huumeongelma määriteltiin ensisijaisesti lääketieteelliseksi ongelmaksi ja vastuu huumeidenkäyttäjien hoidosta oli terveydenhuollolla. Laitoshoidon osalta hoitoa toteutettiin etenkin psykiatrisissa sairaaloissa. Tällöin sovelletun huumehoidon sisällöistä ja käytännöistä ei ole olemassa aikaisempaa tutkimusta, mutta oletettavasti niissä käytettiin tuolle ajalle tyypillisiä psykiatrisen hoidon menetelmiä, kuten erilaisten terapioiden ja lääkehoidon yhdistelmiä. Psykiatrisen sairaanhoidon piirissä aloitettiin myös kokeiluna ensimmäinen niin sanotuille kroonisesti opiaattiriippuvaisille ihmisille suunnattu metadonihoido-ohjelma 1970-luvun puolivälissä (Ahokas, Kajesalo & Holopainen 1998). Psykiatriselle vaiheelle oli ominaista nykyistä yleisempi pakko-toimenpiteiden käyttö. Taustalla eivät vaikuttaneet kuitenkaan välttämättä psykiatrisen hoidon lähtökohdat, vaan pikemminkin sosiaalisen järjestyksen lähtökohdat. Tuolloin voimassa olleiden PAV- ja irtolaislakien mukaan ”päähteiden väärinkäyttäjä”, jota ei eroteltu käytetyn aineen mukaan, voitiin esimerkiksi sijoittaa huoltolaan tai laitokseen. Sijoituksen katsottiin olevan tarpeellista henkilön vaarallisuuden, rasituksena olemisen tai huoltoavun tarpeen vuoksi. Tämän lisäksi psykoottiset ja vaikeista vieroitusoireista kärsivät henkilöt voitiin sijoittaa psykiatriseen hoitoon mielisairaslain perusteella. Enimmillään psykiatrisissa sairaaloissa hoidettiin 1960–1970-lukujen vaihteessa 900 huumeidenkäyttäjää vuodessa (Kinnunen & Lehto 1998).

Huumehoidon sosiaaliterapeuttisessa vaiheessa (1970-luvun alku) huumeidenkäyttäjien hoitoa ryhdyttiin siirtämään yhdessä alkoholiongelmaisten hoidon kanssa pois psykiatrisen hoidon piiristä. Taustalla vaikutti Kinnusen ja Lehdon (1998) mukaan psykiatrisessa hoidossa 1960-luvun lopussa kansainvälisten esikuvien mukaisesti alkanut de-institutionalisaatiokehitys, jonka eräänä tavoitteena oli siirtää psykiatrisista sairaaloista pois sinne kuulumattomia potilasryhmiä, kuten kroonisista päihdeongelmista kärsiviä. Muutoksen seurauksena huumeongelmien hoito siirtyi yhdessä alkoholiongelmiensa hoidon kanssa yleisestä sosiaalihuollosta hiljalleen eriytyvän erikoistuneen päihdehuollon piiriin ja sosiaalityöntekijöistä tuli keskeinen huumehoidon ja myös yleisemmin päihdehuollon ammattiryhmä (Kinnunen & Lehto 1998, 53). Laitoshoidon osalta vastuu huumeongelmaisten hoidosta siirtyi kahdelle perinteiselle päihdeongelmien hoitoon erikoistuneelle hoitolaitokselle, Järvenpään sosiaalisairaalalle ja Mikkelin A-kodille (Kinnunen & Lehto 1998, 53; ks. myös Kuussaari 2006). Molempia laitoksien antamaa huumehoitoa rahoitettiin valtion niin sanotuilla korvamerkityillä, juuri huumehoitoon tarkoitetuilla rahoilla.

Merkille pantavaa sosiaaliterapeuttisessa vaiheessa verrattuna aikaisempien vuosikymmenien käytäntöihin oli päähteidenkäyttäjien hoidon vapaaehtoisuuden ja avo-

hoitopainotteisuuden korostus, jota korostettiin aikakauden kahdessa keskeisessä huumausainepoliittisessa mietinnössä vuosilta 1969 ja 1971. Nämä periaatteet elävät vahvoina vieläkin. Tämän lisäksi mietinnöissä korostettiin alkoholi- ja huumeongelmien samankaltaisuutta, sillä pelkästään huumeidenkäyttäjille suunnattujen erityispalveluiden pelättiin ylläpitävän huumeidenkäyttäjien identiteettiä ja tätä kautta huumeekulttuuria (Kuussaari 2006; Hakkarainen 1999). Myös tämä periaate näkyy edelleen hoitolaitoksien käytännöissä, vaikka alkoholi- ja huumeongelmaisten ihmisten hoitoa onkin pikku hiljaa eriytetty varsinkin 1990-luvulta lähtien.

Erillisen huumehoidon vähenemisen vaiheessa (1975–1986) huumehoidon ammatillinen identiteetti ja hoitokäytännöt heikentyivät ja erilliset huumehoito-osastot ryhtyivät menettämään asiakkaitaan (Kuussaari 2006; Kinnunen & Lehto 1998). Kinnusen ja Lehdon (1998) mukaan vähenemiseen oli vaikuttamassa kolme keskeistä tekijää. Yksinomaan huumeongelmista kärsiviä asiakkaita tavattiin hoidossa entistä harvemmin. Esimerkiksi moni hoitoon hakeutuva nuori oli kyllä kokeillut huumeita, mutta kärsi kuitenkin pääasiallisesti alkoholiongelmista. Erikoistuneen huumehoidon kysyntä siis väheni. Kehityskulku näkyy myös huumeiden kokeilua ja käyttöä kuvaavissa tilastoissa, joissa on nähtävissä 1970-luvun puolivälin jälkeen voimakasta laskua (Kontula 1996). Toiseksi, vähenemistä edesauttoi edellä mainittujen komiteamietintöjen periaate alkoholi- ja huumeongelmien samankaltaisuudesta, joka vaikutti myös meneillään olevaan päihdelainsäädäntötyöhön. Huumeidenkäyttöä ja siitä johtuvia ongelmia ei haluttu nostaa tässä työssä erityisesti esille ja myös kaikki päihdeongelmaiset katsottiin voitavan hoitaa samoissa paikoissa. Näin ollen erillisille huumehoitoyksiköillekään ei katsottu olevan tarvetta. Kolmas merkittävä hoitopaikkojen huumehoitopaikkojen vähenemiseen vaikuttanut muutos oli muutos hoitopaikkojen rahoituksessa. Suomessa 1980-luvulla toteutetun kuntien vastuuta palveluiden järjestämisessä lisänneen VALTAVA-uudistuksen myötä huumehoitoon ei suunnattu enää valtion ”korvamerkittyä” rahaa, vaan hoidon rahoitus tuli kuntien vastuulle. Järjestöjen kannalta uudistus tarkoitti siirtymistä suoritusperustaiseen rahoitukseen, jolloin esimerkiksi hoitopaikkoja ei kannattanut pitää auki vain vähän hoidossa tavattavia huumeiden käyttäjiä varten (esim. Ahonen 1999).

Huumehoitopaikkojen määrä alkoi kuitenkin taas lisääntyä 1980-luvun puolivälin jälkeen. Kinnunen ja Lehto (1998) ovat nimenneet tästä alkavan vaiheen ”antaa kaikkien kukkien kukkia” -vaiheeksi, jolla he viittaavat erityisesti 1980-luvulla tapahtuneeseen huumehoitopalveluiden monipuolistumiseen. Huumehoidon kentälle tuli tuolloin muun muassa uusia toimijoita ja hoito-ideologioita perinteisesti sovelletun sosiaaliterapeuttisen orientaation rinnalle (ks. myös Kuussaari 2006; Kaukonen 2002). Tuolloin perustettiin muun muassa kolme huumehoitoon aina näihin päiviin asti keskeisesti osallistunutta erikoistunutta laitoshoidoyksikköä: Hietalinna-yhteisö, Kiskon klinikka ja Helsingin yliopiston keskussairaalan (HYKS) Huumevieroitussyksikkö.



Muutoksen taustalla vaikutti jälleen kerran useita eri tekijöitä. Suomessa tuli ensinnäkin voimaan vuonna 1986 edellä mainittu, alkoholi- ja huumeongelmien samankaltaisuutta korostava uusi päihdehuoltolaki. Reaktiona lakiin huumeongelmista kärsivien nuorten vanhemmat ryhtyivät vaatimaan julkisuudessa lisää hoitopaikkoja huumeidenkäyttäjille ja erityisesti nuoriin huumeidenkäyttäjiin kohdistuvien toimenpiteiden tehostamista. Heidän mukaansa huumeongelman hoito nimenomaan vaati alkoholiongelmien hoidosta poikkeavia toimenpiteitä. Omaisjärjestöillä oli aktiivinen rooli esimerkiksi yllä mainitun HYKS:n huumevieroitusyksikön alulle saattamisessa. Samanaikaisesti keskustelu huumausainepolitiikasta ja huumehoidosta yleistyi Suomessa muutenkin. Kinnusen ja Lehdon (1998) mukaan huumausainepolitiikasta tuli 1980-luvulla erilaisten kansainvälisten kehityskulkujen johdosta ensinnäkin yhä keskeisempi politiikan osa-alue, johon katsottiin olevan välttämätöntä suunnata eri viranomaisten taholta aikaisempaa enemmän resursseja. Myös julkisuudessa alkoi esiintyä laajempaa huumausainepoliittista reformia vaativia äänenpainotuksia, johon nähtiin kuuluvan osana myös huumehoidon uudistukset. Kaikki nämä tekijät yhdessä johtivat Kinnusen ja Lehdon mukaan paradoksaaliseen tilanteeseen, jossa huumehoitopaikkojen määrää ryhdyttiin lisäämään samaan aikaan kun juuri voimaan tulleessa päihdehoitolaissa katsottiin, että alkoholi- ja huumehoitoa ei tulisi tarkastella ja hoitaa toisistaan erillisinä, ja jossa myöskään huumeidenkäyttö ja sen aiheuttamat ongelmat eivät olleet juurikaan lisääntyneet (Kinnunen ja Lehto 1998; Hakkarainen & Kuussaari 1996).

Kristiina Kuussaaren (2006) mukaan uusien huumehoitoyksiköiden määrää lisäsivät tässä vaiheessa jälleen kerran muutokset valtion rahoituskäytännöissä. Asetusmuutoksen myötä vuonna 1987 suomalaisen rahapelimonopoli Raha-automaattiyhdistys RAY:n voittovaroja oli mahdollista alkaa kanavoida myös järjestöille. Tämän seurauksena päihdepalveluja tuottavien järjestöjen oli mahdollista kasvattaa huumehoidon asiantuntemustaan, vaikka palvelujen rahoituksesta muuten vastanneet kunnat eivät olisi niihin investoineetkaan (ks. myös Kaukonen 2002). Kansainvälisten vertailujen (Klingeman ym. 1992) mukaan Suomessa olikin 1980-luvun lopussa suhteessa väestömäärään ja päihteiden käytön tasoon nähden yksi maailman kattavimmista päihdehuollon erikoispalveluverkostoista. Toinen suomalaista päihdehuoltoa määrittelevä keskeinen piirre oli tässä vaiheessa laitosaltaisuus.

Kinnusen ja Lehdon tarkastelu päättyy vuoteen 1996. Tämän jälkeen suomalaisessa huumausainepolitiikassa ja huumehoidossa tapahtui suuria muutoksia, jotka johtivat huumeiden käyttäjille suunnattujen erikoishoitoyksiköiden määrän moninkertaistumiseen 2000-luvun aikana. Olavi Kaukonen (2002) on nimennyt tämän ajanjakson huumehoidon ekspansiiviseksi vaiheeksi.

## 2000-luku

Huumehoidon ekspansiivisessa vaiheessa huumehoidon erityispalvelut lisääntyivät ja monipuolistuivat. Tässä vaiheessa huumehoitojärjestelmän kokonaisuutta ja hoidon jatkuvuutta ryhdyttiin myös kehittämään verkostoitumalla ja koulutuksella, tarkoituksena lisätä etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan valmiuksia kohdata ja hoitaa huumeongelmaisia. Kehityskulkujen taustalla vaikutti Suomessa 1990-luvulla niin sanotun toisen huumeaallon myötä tapahtunut huumeiden käytön voimakas kasvu. Lisääntyneen huumeiden käytön mukanaan tuomat haitat johtivat puolestaan tarpeeseen uudistaa suomalaista huumausainepolitiikkaa ja huumehoitoa, joka näkyy muun muassa huumausaineita koskevien erilaisten mietintöjen, dokumenttien, säädösten ja toimenpideohjelmien voimakkaana kasvuna 1990- ja 2000-lukujen välisenä aikana (Hakkarainen ja Tigerstedt 2002). Terminologisella tasolla muutosta kuvastaa hyvin siirtymä yleisestä päihdehuollosta kohti eriytyneempää huumehoitoa (Kaukonen 2002; ks. myös Weckroth 2006).

Valtio myönsi vuosien 2002 ja 2003 talousarvioissa yli 15 miljoonaa euroa huumehoidon kehittämiseen, jonka avulla sekä laajennettiin jo olemassa olevien hoitoyksiköiden toimintaa että perustettiin täysin uusia yksiköitä (Kaukonen 2005). Raha suunnattiin erityisesti opioidikorvaushoidon ja huumeita suonensisäisesti käyttäville suunnatun matalan kynnyksen terveysneuvontapistetoiminnan kehittämiseen, joiden nähtiin tavoittavan kaikkein hankalimmassa asemassa olevat huumeidenkäyttäjät (Kaukonen 2005; ks. myös Villikka 2004).

Keskeisiä aikakauden huumehoitoa ohjaavia dokumentteja olivat ensinnäkin Huumausainepoliittisen toimikunnan mietintö vuodelta 1997 sekä Valtioneuvoston periaatepäätös vuodelta 1998, joissa molemmissa nostettiin esille huumehoitojen ja aikaisempaa monipuolisemman huumausainepolitiikan kehittämisen tarve. Tämän lisäksi ilmestyi erilaisia ongelmakäyttäjien hoitoa käsitteleviä muistioita, joissa käsiteltiin etenkin opioidikorvaushoidon kehittämiseen liittyviä kysymyksiä (Hakkarainen & Tigerstedt 2002). Pekka Hakkaraisen ja Christoffer Tigerstedtin (emt.) mukaan monet dokumenteista perustuivat ”medikaalis-liberaaleihin” näkemyksiin, joissa pääpaino oli erilaisten lääkinnällisten parannuskeinojen pohtimisessa.

Laitoshoidon tarkastelun kannalta mielenkiintoinen kehityskulku tässä vaiheessa oli, että sen kehittämistä erityisenä huumehoitomuotona ei nostettu erikseen esille. Toisaalta 2000-luvulla tapahtui huumehoidon ”uudelleen psykiatrisoitumista”, joka näkyi muun muassa päihdepsykiatristen vuodeosastojen asiakasmäärän lukumäärän kasvuna (Kaukonen 2005).

Huumehoitoyksiköiden moninkertaistumisesta huolimatta huumehoidosta käytiinkin ekspansiivisessa vaiheessa myös kriittistä keskustelua. Varsinkin sosiaaliterapeuttista orientaatiota edustavat päihdepalvelujärjestöt ja hoitopaikat sekä muutama päihdehuollon tutkijat kritisoivat opioidikorvaushoidon hallitsevaa asemaa erilaisissa huumehoidon strategioissa, jonka pelättiin sivuuttavan esimerkiksi huumeongelmaan liittyvien psykososiaalisten kysymysten käsittelyä ja johtavan liian yksi-

puolisiin ongelman määrittelyihin ja hoitomuotoihin. Tämän lisäksi uhaksi nähtiin myös opioidikorvaushoidon hallitsematon leviäminen, joka saattaisi johtaa ongelmiin pitemmällä aikavälillä, kuten huumeongelman kroonistumiseen.

Tiivistetysti suomalaisen huumehoidon kehityskulun voi esittää siirtymäksi yleisen päihdeongelman hallinnasta ja hoitamisesta kohti erikoistuneempaa huumehoitoa. Toinen keskeinen siirtymä on ollut siirtymää 1970-luvulla alkunsa saaneesta sosiaaliterapeuttisesta orientaatiosta kohti lääketieteellisempiä huumehoidon muotoja (Selin 2011c; Tammi 2007; Kuussaari 2006). Tämän on katsottu vaikuttaneen myös laitoshoidon kehitykseen kuntouttavan laitoshoidon joutuessa väistymään 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana hiljalleen avohoidossa annettavan opioidikorvaushoidon tieltä.

Lain, asetusten ja strategioiden tasolla huumehoito on muuttunut yhdessä muun päihdehuollon kanssa koko ajan asiakaslähtöisemmäksi sisällöltään, mutta samalla lainsäädäntö on väljentynt ja antaa paljon varaa paikalliselle neuvottelulle ja harkinnalle palveluiden järjestämistä koskien (Kaukonen 2005).

## 11.2 Laitoshoidoa taustoittavat lait, asetukset, keskeiset strategiat ja suositukset

Suomessa vastuu huumehoidon, kuten muidenkin palveluiden, järjestämisestä on kunnilla. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä päihteiden käyttöön liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuoltolaki täydentää päihdehuoltoasetus (653/1986), josta löytyy päihdehuollon toteuttamiseen liittyviä tarkempia säädöksiä muun muassa palvelujen järjestämisestä, kuntoutussuunnitelman teosta, virantäytöstä, alle 18-vuotiaan hoidosta ja asiakkaan eristämisestä.

Päihdehuoltolaki antaa mahdollisuuden ohjata asiakas hoitoon hänen tahdostaan riippumatta mielenterveyslain, päihdehuoltolain tai lastensuojelulain nojalla. Tahdon vastaisen hoidon perusteena on päihdepotilaan kyvyttömyys sairautensa tai päihderiippuvuutensa vuoksi tehdä harkittuja päätöksiä. Pykälää on noudatettu Suomessa perinteisesti hyvin harvoin. Tällä hetkellä Suomessa on keskusteltu kuitenkin vilkkaasti raskaana olevien naisten tahdonvastaisen hoidon lisäämisestä ja tekeillä on myös lakialoite tähän liittyen.

Muita keskeisiä päihdehuollon toteuttamista taustoittavia lakeja ovat tartuntatautilaki (583/1986) asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta (33/2008) sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista säädetty laki (566/2005). Nimenomaan päihdehuollon konkreettista toteutumista ohjaavia lakeja ovat päihdehuollon työntekijöitä ohjaavat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuudesta (804/1992) sekä asiakkaiden ja potilaiden laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta

ja oikeuksista (812/2000) sekä potilaslaki (785/1992). Vuonna 2005 Suomessa tuli voimaan osana kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain muutoksia myös hoitotakuu, jonka myötä kiireettömiin hoitoihin ja tutkimuksiin pääsyyn tuli tietyt määräajat. Huumehoidon osalta hoitotakuun piirissä opioidikorvaushoito, johon asiakkaan on päästävä kuuden kuukauden sisällä hoitoon hakeutumisesta (laeista ja asetuksista ks. tarkemmin myös Kekki ja Partanen 2008).

Huumehoidon järjestämistä taustoittavia keskeisiä strategioita ja suosituksia ovat Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat Päihdepalvelujen laatusuositukset vuodelta 2002 sekä suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen Käypä hoito -suositus huumeongelman hoidosta, joka päivitettiin 2012. Vuonna 2009 ilmestyi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (MIELI), jossa linjataan mielen-terveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015 asti. Laitoshoidon tarkastelun kannalta mielenkiintoinen seikka MIELI-suunnitelmassa on avohoito-painotteisuuden korostus sekä eksplisiittisesti ilmaistu tavoite laitoshoidon tarpeen vähenemiseen niin mielen-terveys- kuin päihdehuollosakin.

### 11.2.1 Laitoshoidon rahoitus ja erilaisia rahoittamistapoja

Laitoshoidon rahoitusvastuu on Suomessa kunnilla. Niiltä osin kun palveluita ei järjestetä kunnallisena toimintana, kunta voi hankkia palveluja kilpailutukseen perustuvilla ostopalvelusopimuksilla, täydentää palvelujaan tekemällä niin sanottuun strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimuksia kolmannen sektorin kanssa tai perustaa yhteistoimintaorganisaation yhdessä muiden kuntien, sairaanhoitopiirin sekä kolmannen sektorin järjestöjen ja yksityissektorin kanssa. Tällä hetkellä yleisin tapa rahoittaa laitoshoidoa on tilaaja–tuottajamalli, jossa kunta tilaa tarvitsemansa palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta, järjestöltä tai hoitoalan yritykseltä. Vuonna 2010 yli 60 prosenttia päihdehoidosta järjestivät järjestöt tai muut yksityiset palveluiden tuottajat.

Joillakin kunnilla on edelleen käytössään myös hoitolaitoksia. Tämän lisäksi muutamissa kunnissa päihdepalvelut on säätiöity. Esimerkiksi Jyväskylän ja Kuopion seudulla Keski- ja Itä-Suomessa toimivat päihdepalvelusäätiöt, joiden kanssa kunnat tekevät vuosittaiset ostopalvelusopimukset tai antavat maksusitoumuksen asiakkaistaan. Päihdepalvelusäätiöiden perustamisen keskeisenä tavoitteena on ollut koota päihdealan toimijoita samaan organisaatioon, jotta päihdepalveluita kyettäisiin koordinoimaan nykyistä paremmin (ks. myös Inkeroinen & Partanen 2006).

Viime vuosina päihdepalveluiden rahoitusta kunnissa on ohjannut erityisesti hankintalaki (30.3.2007/348), joka määrää kunnat kilpailuttamaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta ostamansa palvelut. Joidenkin näkemysten mukaan tämän on katsottu heikentäneen päihdepalveluiden resursseja, kuntien painottaessa kilpailutuksessa vain taloudellisia näkökohtia. Kilpailutusten yleistymisen on katsottu myös vähentävän laitoshoidoa kuntien pyrkiessä säästämään kustannuksista (keskustelusta

Perälä 2010; Kekki & Partanen 2008). Kunnallisilla palvelupolitiikoilla onkin katsottu olevan suuri vaikutus kansalaisten saamien päihdepalveluiden sisältöön (Valtiovarainministeriö 2008; Kaukonen 2005).

### 11.3 Huumehoidon organisointi ja laitoshoidon saatavuus

Huumeiden käyttäjien laitoshoido on Suomessa pääosin sosiaalipalvelua. Terveydenhuollon palveluja ovat päihdepsykiatriset osastot sekä terveyskeskuksien osastojen vieroitushoitopaikat. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja säätelevät erilaiset lait, josta syystä toimintaa muun muassa tilastoidaan eri tavoin.

#### 11.3.1 Laitoshoidon viimeaikainen kehitys tilastojen valossa: hoitoyksikköjen ja hoitovuorokausien määrä ja hoidetut asiakkaat

Päihdeongelmallisille suunnattuja ympärivuorokautisia laitoksia on Suomessa 70–80 vuonna 2012<sup>81</sup>. Kuntoutuslaitosten määrä on jonkin verran vähentynyt viime vuosina. (Forsell 2012b.)

Huumeiden käytön vuoksi laitoshoidossa oli arvioilta<sup>82</sup> 2 000–3 000 erillistä asiakasta vuoden 2010 aikana. Sosiaalihuollon laitoksissa oli 1 000–2 400 asiakasta ja terveydenhuollon sairaaloissa yli viikon 700–1 700 asiakasta. Erityisesti sosiaalihuollon kuntoutusasiakkaiden määrä on vähentynyt vuodesta 2006 (10–25 %). (Forsell 2012b.) Samanaikaisesti kuitenkin päihdehuollon asumispalveluasiakkaiden määrä ja hoitovuorokaudet ovat nousseet (10–25 %). (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, THL.)

THL:n huumehoidon tiedonkeruun mukaan laitoshoidon asiakkaista 66 prosenttia oli miehiä, joka on saman verran kuin avohoidossa. Asiakkaiden keski-ikä oli 30 vuotta. Laitoshoidon asiakaskunta on jossain määrin nuorempaa kuin avohoidossa. Peräti 17 prosenttia laitoshoidon asiakkaista oli kodittomia (vrt. 8 % avohoito) ja vain neljä prosentilla oli työ (vrt. 11 % avohoito). Tiedonkeruu ei kata tukiasumista. (Forsell 2012a.)

Huumehoidon tiedonkeruun mukaan opiaatit oli hoitoon tulon syynä puolella (49 %) laitoshuollon huumeasiakkaista. Laitoshoidossa painottuivat jonkin verran avohoitoa enemmän stimulanttien (18 %), rauhoittavien lääkkeiden (8 %) ja alkoholin (17 %) ongelmakäyttäjät. Laitoshuollon asiakkaista 78 prosenttia oli joskus käyttänyt huumeita pistämällä. Terveydenhuollon yli viikon laitoshoidotaksilla hoidettiin suhteessa enemmän opiaattien ja kannabiksen ongelmakäyttäjii ja sosiaalihuollon

<sup>81</sup> Arvio pohjautuu terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämään sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisteri TOPI:in. TOPI-rekisteri koostuu pääosin sosiaalitoimen laitoksista, koska terveyskeskukset ja sairaalat ovat rekisterissä kokonaisuuksina eivätkä erikoissaloittain. Ajallista vertailua vaikeuttavat muuttuneet käytännöt. Tosiasiallisesti päihdehuollon kuntoutuslaitosten määrä on vähentynyt vuodesta 2006 noin kymmenellä.

<sup>82</sup> Arvio on tehty vertaamalla Kuntien talous- ja toimintatilaston, Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin, Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin ja THL:n huumehoidon tiedonkeruun tietoja päihdeasiakkaista. Huumeasiakkaiden määrä on laskettu käyttämällä THL:n päihdetapauslaskentaan pohjautuvaa kerrointa.

laitoshoidossa hoidettiin suhteessa enemmän stimulanttien ongelmakäyttäjiä<sup>83</sup>. (Forsell 2012a; 2012b).

### 11.3.2 Laitoskuntoutuksen muotoja

Päihdehuollon laitokset tarjoavat Suomessa sekä vieroitushoitoa, lyhytaikaisia intervallihoitajaksoja että pitempiaikaista kuntoutusta. Vakavista mielenterveyden ongelmista kärsiviä huumeidenkäyttäjiä hoidetaan päihdepsykiatrisilla osastoilla. Viime vuosina on yleistynyt tukiasuminen, joka on eräänlainen avohuollon ja laitoshuollon yhdistelmä: asukkaat asuvat omissa asunnoissaan tai huoneissaan, mutta asumiseen on integroituna erilaista päiväkeskustoimintaa.

Alkoholin ja huumeiden käyttäjien kuntoutusta ei ole useimmiten eriytetty, vaan kuntoutuslaitosten palvelut on suunnattu molemmille käyttäjäryhmille. Laitosten sisällä toiminnot on kuitenkin saatettu eriyttää. Tietyt kuntoutuslaitokset ovat myös erikoistuneet huumeiden käyttäjien hoitoon ja jotkut laitokset eivät taas hoida lainkaan huumeiden käyttäjiä. Tämän lisäksi on olemassa yksinomaan miehille, naisille, perheille tai nuorille suunnattuja hoitopaikkoja ja -osastoja.

Huumeriippuvuuden tai -ongelman hoito aloitetaan vieroitushoitojaksolla. Vieroitushoitoa toteutetaan kuntien terveystieteiden vuodeosastoilla, vieroitukseen erikoistuneilla katkaisuasemilla tai osana suurten kuntoutuslaitosten toimintaa. Yksiköiden koko vaihtelee muutamasta paikasta pariinkymmeneen. Varsinkin katkaisuasemilla ja kuntoutuslaitoksissa vieroitukseen liittyy varsinaisen vieroituksen lisäksi myös kuntouttavia elementtejä. Terveystieteiden puolella, suurten keskussairaaloiden yhteydessä sijaitsevat päihdepsykiatriset osastot, joissa hoidetaan usein kaksois-diagnoosipotilaita ja tehdään hoidon arviointoja.

Vieroituksen päätyttyä asiakas voi hakeutua varsinaiseen laitoskuntoutukseen hakemalla maksusitoumusta kotikuntansa sosiaalitoimistolta. Kuntoutukseen pääsyn vaatimuksena on usein, että vieroitus on jo tehty. Kuntoutuslaitosten koko vaihtelee Suomessa pienistä, kymmenen hengen laitoksista, suurempiin, lähes sadan hengen sairaaloihin. Suurimpien laitosten sisällä toiminnot on kuitenkin eriytetty osastoihin.

Kuntoutusjakson alkaa jälkikuntoutus, jota toteutetaan usein avohoidossa tai tuetun asumisen piirissä.

### Tyypillisiä hoitomuotoja

Laitosvieroituksessa käytetään lähes aina lääkehoitoa ja hoitoon liittyy ympärivuorokautinen seuranta. Muita työtapoja ovat lepo, fyysisen kunnon seuranta, yksilö- ja ryhmäkeskustelut sekä jatkohoidon suunnittelu. Vieroitushoidon pohjana on hoitosuunnitelma, joka perustuu päihdeongelman vaikeusasteen selvittämiseen ja potilaan

<sup>83</sup> Arvio on tehty vertaamalla Terveystieteiden hoitoilmoitusrekisterin ja Huumeidenhoidon tiedonkeruun tietoja. Lukujen vertaaminen huumeidenhoidon tiedonkeruun ongelmapäihteisiin on jossain määrin vaikeaa, koska terveystieteidenhuollon puolesta ei ole mukana alkoholia ja toisaalta ns. sekakäyttödiagnoosi F19 on melko yleinen.

haastatteluun. Tämän lisäksi useissa hoitopaikoissa on käytössä hoitosopimus, jossa määritellään vieroitushoidon kulku: sen kesto, sen aikana käytetyt lääkitykset ja tehdyt tutkimukset sekä hoitolaitoksen säännöt, jotka koskevat esimerkiksi ulkoilua, vierailuja, omien tavaroiden käyttöoikeutta ja päihdyttävien aineiden haltuunottoa.

Huumeiden käyttäjien vieroitushoidosta ei ole olemassa erillistä tutkimusta. Katkaisu- ja vieroitushoitoa on tarkasteltu kuitenkin yleisellä tasolla joissakin opinnäytetöissä ja selvityksissä (Lampela 2010; Mikkilä 2010; Makkonen 2005). Teija Makkosen raportissa vuodelta 2005 on nostettu esille myös joitakin kehitysehdotuksia. Yksi esille nostettu epäkohta ja kehittämistarve liittyi katkaisuhoidon integroimiseen muuhun päihdekuntoutukseen, joka oli Makkosen mukaan päihdejärjestelmän pirstaloituneisuuden vuoksi usein haastavaa. Kaiken kaikkiaan huumevieroituspalveluiden määrä ja laatu vaihtelee kunnittain, ja selkeää kokonaiskuvausta maassa annetusta vieroitushoidosta on vaikea saada.

Laitoskuntoutuksen perinteisiä muotoja ovat olleet erilaiset terapeuttiset yhteisöt, jotka yhdistelevät toiminnassaan usein 12-askeleen ohjelmaa ja yhteisöhoidon periaatteita. Esimerkiksi vuonna 1986 perustettu Kalliolan settlementin Kiskon klinikan ja vuonna 1998 perustettu Mikkeli-yhteisön toiminta pohjautuu näihin periaatteisiin. Kiskon klinikan toiminta on rekisteröity omaksi tuotemerkikseen ja se yhdistelee toiminnassaan Daytop-yhteisöhoitomalliin perustuvan terapeuttisen yhteisön ideoita, NA-ohjelmaa, sosiaalikuntoutusta sekä transaktioanalyttisen viitekehyksen mukaista yksilö- ja ryhmäterapiaa. Mikkeli-yhteisön toiminnan perustana on yhteisöhoito, jonka periaatteita yhdistetään kuntoutuksessa NA-ohjelmaan ja tämän lisäksi myös kognitiivisiin ja luoviin menetelmiin. Molempien yhteisöjen hoito-ohjelmat perustuvat lääkkeettömyyteen.

Kiskon klinikan ja Mikkeli-yhteisön toiminnasta on olemassa aikaisempaa tutkimusta (Selin 2010b; Heikkilä 2004; Kylmä 2001, ks. myös Hakkarainen & Kuussaari 1996). Jani Selin (2010b) on kiinnittänyt tutkimuksissaan huomioita molempien yhteisöhoitojen rituaalisiin ulottuvuuksiin, joiden avulla hoidon piirissä olevia pyritään ”normaalistamaan” sekä niin sanotuiksi kunnan kansalaisiksi kuin kunnollisiksi yhteisön jäseniksi. Heikkilä nostaa tutkimuksessaan esille Kiskon hoidon ”rankkuuden”, joka on sekä hoidon hyvä että huono puoli. Huono puoli on, että moni hoidon piiriin tulevista keskeyttää hoidon, mutta toisaalta ne, jotka käyvät ohjelman lävitse, kuntoutuvat usein hyvin. Heikkilä toteaa Kiskon sopivan sellaisille huumeidenkäyttäjille, jotka ovat motivoituneita muutokseen.

Eri puolella Suomea toimii myös pieniä, niin sanottuja puolimatkatkankoti-periaatteella toimivia hoitoyhteisöjä, jotka yhdistelevät toiminnassaan 12-askeleen ohjelmaa pieniyhteisöhoitoon. Näissä toiminnan pohjana on usein myös vahva vertaistoiminta ja osalla työntekijöistä on aikaisempi päihdetausta.

Monet kuntoutuslaitokset yhdistelevät toiminnassaan erilaisia psykososiaalisen kuntoutuksen malleja. Esimerkiksi valtakunnallisen päihdealan organisaation A-klinikkasäätiön palveluille ovat ominaista erilaisten terapioiden yhdistelmät. A-klinikkasäätiön alaisia kuntoutuslaitoksia ovat muun muassa yhteisöhoidon periaat-



teita noudatteleva ja lääkkeettömyyteen nojaava Hietalinna-yhteisö, monialaista lääkehoitoa ja erilaisia psykososiaalisen kuntoutuksen muotoja yhdistelevä Järvenpään sosiaalisairaala ja niin sanottuun ASTA-työskentelyyn nojaava Kankaanpään A-koti, jossa erilaiset yksilö-, ryhmä- ja pariterapian muodot yhdistyvät erilaista liikuntaa, kädentaitoja ja työtehtäviä sisältävään toiminnalliseen koulutukseen. Peruseriaatteena näissä kuntoutusmuodoissa on usein asiakaslähtöisyys.

Kristilliseen viitekehykseen nojaavilla toimijoilla on ollut suomalaisessa päihdekuntoutuksessa perinteisesti vahva rooli. Tällä hetkellä toiminnassa oleva kristillinen kuntoutuspaikka on esimerkiksi Seukkala, joka on yksityisen yhdistyksen omistama kuntoutuskoti. Seukkala yhdistelee toiminnassaan yhteisöhoidon periaatteita kristilliseen elämäntavomukseen (ks. myös Asikainen ym. 2004). Karismakoti toimii samalla periaatteella, mutta se on suunnattu pelkästään miehille. Asiakas voi yleensä halutessaan jättää osallistumatta kristillisten kuntoutuspaikkojen hengelliseen toimintaan. Kristillisuus on näissä paikoissa usein kuitenkin voimakkaasti läsnä, ja se myös tuodaan avoimesti esille laitosten esittelyissä. Viime vuosina kristillisten paikkojen käyttö päihdekuntoutuksessa on vähentynyt. Eräs esitetty syy on ollut se, että niissä ei ole ollut riittävästi koulutettua henkilökuntaa (ks. esim. Perälä 2010).

Kognitiivista viitekehystä hyödyntävät kuntoutuspaikat ja -ohjelmat ovat yleistyneet 2000-luvulla, joista jotkut markkinoivat itseään vaihtoehtoksi etenkin yhteisöhoidoille. Toinen yleistynyt palveluiden järjestämisen muoto on tukiasuminen. Kyseessä on yleensä pitkäaikaisille päihteidenkäyttäjille suunnattu tukimuoto, jossa yhdistyvät asuminen ja matalan kynnyksen periaatteella toimivat psykososiaaliset tukipalvelut. Myös jälkikuntoutus saatetaan järjestää tukiasumisen piirissä. Esimerkiksi joillakin hoito-ohjelmilla ja päihdealan järjestöillä on olemassa omia tukiasuntoja, joihin pääsee asumaan kunnan maksusitoumuksella.

Suomessa toimii erikseen naisille ja nuorille hoitopaikkoja. Tämän lisäksi on olemassa kuntoutusta erikseen raskaana oleville ja päihteitä käyttäville äideille ja perheille. Jälkimmäisten ryhmien palveluja järjestää etenkin valtakunnallisesti toimiva Ensi- ja turvakotien liitto. Naisille ja nuorille suunnattujen kuntoutuspaikkojen hoitoperiaatteet noudattelevat usein edellä mainittujen paikkojen kaltaista monipuolista linjaa, mutta tämän lisäksi kuntoutuksessa keskitytään erikseen esimerkiksi naiseuteen tai vanhemmuuteen ja nuorilla säännölliseen elämänrytmiin, terveelliseen ruokavalioon ja itsestä huolehtimiseen liittyviin teemoihin.

Terveystenhuollon piirissä toimii päihdepsykiatrisia osastoja, jotka on suunnattu vakavista mielenterveysongelmista kärsiville. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päihdepsykiatrisella osastolla toteutetaan muun muassa psykoosihoitoja, vaikeita huumevieroituksia, arviointijaksoja, avohoidon tueksi intervallihoidoja sekä korvaushoidon aloitusjaksoja. Hoitoajat vaihtelevat muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen asiakkaan hoidon tarpeen mukaan.



## Hoitomuotojen ja -palveluiden yhdistelmiä

Suomalainen laitostuntoutus yhdistelee tyypillisesti erilaisia yksilö- ja ryhmätöiminnan muotoja yhteistöiminnan periaatteisiin. Ryhmäterapiat nojaavat usein 12-askeleen ohjelmaan tai toiminnallisiin terapioihin, yksilöterapioidissa käytetään usein erilaisia kognitiivisen ja niin sanotun sosiaaliterapian muotoja. Tämän lisäksi laitoksissa on mahdollista osallistua erilaiseen vapaa-ajan toimintaan ja joissakin laitoksissa myös työtoimintaan. Yhteisöhoitossa tuntoutujia pyritään opettamaan käyttäytymään vastuullisesti itseä ja yhteisöä kohtaan ja sitoutumaan yhteisön sääntöihin. Kristillisiin hoitomuotoihin kuuluu olennaisena osana hengellinen toiminta ja sielunhoidolliset keskustelut (ks. myös edellinen kappale).

Kuntoutuslaitoksissa on tyypillisesti saatavana terveydenhoidollisia palveluita, joissa kontrolloidaan esimerkiksi asiakkaiden lääkitystä. Suurissa laitoksissa on myös omat katkaisuosastot, joista siirrytään katkaisun päätyttyä kuntouttavalle puolelle. Tämän lisäksi tarjolla on usein sosiaalityöntekijän palveluita. Henkilökunnassa on usein päihde- ja mielenterveystyöhön erikoistuneiden sosiaali- ja käyttäytymistieteiden koulutuksen saaneita henkilöitä (esim. sosiaalityöntekijä, sosionomi, psykologi, toimintaterapeutti) sekä terveydenhuollon koulutuksen saaneita henkilöitä (esim. lääkäri, sairaanhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti). Pienempien laitosten henkilökunnassa on usein päihde- ja mielenterveystyön koulutuksen saaneita työntekijöitä ja heidän lisäksi esimerkiksi sairaanhoitaja.

## Opioidikorvaushoido laitostuntoutuksessa

Opioidikorvaushoido on integroitu Suomessa joidenkin laitosten hoito-ohjelmiin, etenkin korvaushoidon aloitus. Joskus opioidikorvaushoido siirretään laitosolosuhteisiin, jos avohoidossa esiintyy liikaa oheiskäyttöä. Opioidikorvaushoidoa toteutetaan laitoksissa sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen mukaisesti. Tämän lisäksi asiakas osallistuu laitosten muuhun ohjelmaan, joka sisältää esimerkiksi yllämainittua yhteisöhoitoa, ryhmä- tai yksilöterapiata tai erilaista toiminnallista terapiaa.

Opioidikorvaushoidon toteutuksesta laitosolosuhteissa on tehty yksi aikaisempi tutkimus (Weckroth 2006). Vuonna 2011 korvaushoidon toteutuksesta Suomessa tehtiin STM:n toimesta laaja selvitys, jota ei ole vielä julkaistu. Selvityksessä on muun muassa kartoitettu, mitkä tahot Suomessa antavat tällä hetkellä opioidikorvaushoidoa, ja kuinka paljon hoitoa toteuttavia tahoja Suomesta ylipäättään tällä hetkellä löytyy. Tällä hetkellä näistä tekijöistä ei ole olemassa tarkkaa tietoa.

## Jälkikuntoutus ja hoitopolut

Jokainen laitos toimii omalla periaatteellaan. Pitempään kuntoutusjaksoon kuuluu kuitenkin aina jatkohoitosuunnitelman tekeminen ja vierailuja jatkohoitopaikkoihin. Joillakin laitoksilla ja hoitomuodoilla on myös omia jälkikuntoutusohjelmia tai tue-

tun asumisen palveluita käytössään. Jälkikuntoutuksesta ja sen toimivuudesta ei ole tehty Suomessa kattavaa selvitystä.

## 11.4 Laitoshoidon laadunvalvonta

Päihde- ja huumehoitoa taustoittavat keskeiset suositukset on mainittu jo luvussa 11.2. Tällä hetkellä ei ole olemassa nimenomaan huumeidenkäyttäjien tai yleisemminkään päihdepalveluiden laatuun liittyviä selvityksiä. Päihdepalveluiden tilaa ja järjestelyjä on kuitenkin sivuttu erilaisissa artikkeleissa ja raporteissa (Valtioneuvoston... 2012; Partanen & Kekki 2008). Palveluiden järjestämiseen liittyvinä epäkohtina on otettu niissä esille palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja siitä johtuva palveluiden koordinoimien ja seurannan vaikeus sekä liiallinen avohoitopainotteisuus.

### Kansallisia ja paikallisia suosituksia

Päihdepalvelujen laatusuosituksen (2003) tarkoituksena on tukea kuntien päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä. Niiden pohjana ovat luvussa 11.2 mainitut päihdepalvelujen toteuttamista taustoittavat keskeiset lait. Laatusuosituksiin on kirjattu sekä yleisiä päihdepalvelujen järjestämiseen liittyviä periaatteita että yksityiskohtaisempia suosituksia esimerkiksi asumisjärjestelyistä tai laitostyöskentelystä työskentelevän henkilökunnan lukumäärästä.

Laatusuosituksen mukaan palvelut on ensinnäkin järjestettävä siten, että asiakkaan perus- ja ihmisoikeudet ja oikeusturva toteutuvat. Päihdehoidon ja -palveluiden lähtökohdaksi nähdään asiakkaan ja hänen läheistensä avun, tuen ja hoidon tarve. Hoidon periaatteiksi nähdään puolestaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, omatoimisuuden tukeminen ja luottamuksellisuus. Tämän lisäksi palveluissa on turvattava asiakkaan osallistuminen hoitoaan koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja sisältöön, ja otettava huomioon asiakkaan fyysinen ja psyykkinen terveydentila sekä sosiaalinen tilanne ja tuen tarve. Jokaiselle asiakkaalle on tehtävä myös yksilöllinen kuntoutussuunnitelma.

Konkreettisia suosituksia päihdepalveluiden järjestämiseen liittyen on kirjattu muun muassa laitoksissa asumista koskien. Laitos-, ryhmä- tai asuntolamuotoisessa palveluasumisessa tavoitteena on yhden hengen huone, jonka vähimmäispinta-ala on 15 m<sup>2</sup>. Kahden asukkaan huoneen vähimmäispinta-ala on 20 m<sup>2</sup>. Lyhytaikaisessa laitoshoidossa, kuten katkaisuhoidossa huonetila voi olla pienempi. Hoitolaitosta suunniteltaessa ja rakennettaessa huomioidaan erityisesti asiakkaan oikeus yksityisyyden suojaan.

Henkilöstön mitoitus edellyttää 0,8 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää asiakasta kohti ympärivuorokautisessa katkaisu- ja vieroitus- hoidossa. Joidenkin asiakasryhmien, kuten alaikäisten, huumeiden käyttäjien ja sekakäyttäjien, psyykkisistä ongelmista kärsivien tai päihtyneiden hoidossa ammattikoulutetun henkilöstön tarve saattaa olla 1,5 työntekijää asiakasta kohti. Kuntoutus-

laitoksen henkilöstömitoitus edellyttää 0,5 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää kuntoutettavaa asiakasta kohti. Muuta kuin varsinaiseen asiakastyöhön osallistuvaa henkilöstöä (hallinto, siivous, ruokahuolto jne.) on oltava tarvittava määrä.

Henkilöstön kelpoisuusehdoissa on noudatettava sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annettua asetusta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaa lakia. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa on lisäksi varmistettava, että yksiköissä työskentelevällä henkilöstöllä on perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksella saavutettu riittävä ammattitaito päihdeongelman varhaiseen toteamiseen, hoidon tarpeen arviointiin sekä päihdeasiakkaiden korkeatasoiseen ammatilliseen hoitoon ja kuntoutukseen.

Suosittelujen pohjalta on laadittu päihdehoitoyksiköiden laatuarviolomakkeet, joiden avulla esimerkiksi kunnat voivat arvioida käyttämiensä päihdepaikkojen laatua. Laatuarviolomakkeeseen yksiköt ovat voineet kuvata toimintansa keskeisiä periaatteita, kuten minkälaista hoitoa yksikössä on saatavilla, miten sinne hakeudutaan ja minkälaista ja miten paljon yksikössä on hoitohenkilökuntaa.

Laatusuosittelujen täyttymisestä ei ole olemassa Suomessa tutkittua tietoa. Kuntien välillä esiintyy myös suurta vaihtelua ja kokonaiskuvan saaminen on tämän vuoksi hankalaa.

Huumeongelmaisten Käypä hoito -suosituksen avulla on taas tarkoitus tietoa lisäämällä selkeyttää huumeongelman hoitoa, parantaa moniammatillista yhteistyötä, edistää verkostoitumista ja vaikuttaa asenteisiin. Suosituksen on laatinut Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Päihdelääketieteen seuran asettama, lähinnä lääkäreistä koostunut työryhmä. Suosituksessa mainitaan muun muassa, että erilaiset psykososiaaliset menetelmät ovat huumehoidon perusta, mutta niiden toimivuudesta ei ole olemassa näyttöä. Opioidiriippuvuuden kohdalla lääkehoito katsotaan tehokkaaksi hoitomuodoksi.

Paikallista päihdepolitiikkaa ohjaavat valtakunnallisten suositusten lisäksi kuntien omat päihdestrategiat, joista osa löytyy Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Neuvoa-antavat-verkkopalvelusta. Jokaisella kunnalla on oltava laatusuosittelujen mukaan päihdestrategia osana kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Strategiassa on määriteltävä, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä, miten päihdepalvelut on järjestetty sekä selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako päihdepalveluissa. Päihdestrategia voidaan laatia yhteistyössä muiden kuntien kanssa.

Osa kunnista on jättänyt palveluun vain strategian nimen tai tiedon, että strategia on olemassa. Jotkut strategioista ovat seudullisia eli laadittu yhdessä muutamien kuntien kesken. Tämän lisäksi on olemassa joitakin alueellisia päihdetyön kehittämiskeskustoja, jossa suunnitellaan ja seurataan tietyllä alueella tehtävää päihdetyötä ja -politiikkaa.

## Laitoshoidon seuranta ja laadun arviointi

Suomalainen palvelujärjestelmä on hyvin hajautunut ja päihdepalveluiden toteutuksesta eri kunnissa on hyvin vaikea seurata (Stenius ym. 2009). Tämä koskee myös huumeiden käyttäjien laitoshoidoa. Myös palveluiden laadun valvonta on hajautunut.

Ensisijainen vastuu palveluiden laadun valvonnasta ja seurannasta on kunnilla, joilla on päihdehuoltolain mukaan vastuu palveluiden järjestämisestä. Valvontatyötä voivat tehdä esimerkiksi palveluiden ostosta vastaavat sosiaalityöntekijät tai yleensä kunnan viranhaltijat tai heistä muodostetut toimielimet. Kuntien lisäksi palveluiden toteuttamista valvovat erilaiset aluehallinnon toimijat yhdessä valtakunnallisen sosiaali- ja terveystalveluiden lupaviraston Valviran kanssa.

Suomessa toimii myös päihdeasiamies, joka toimii asiakkaiden edunvalvojana päihdehoitoon ja -politiikkaan liittyvissä kysymyksissä. Päihdeasiamiehelle voi esimerkiksi valittaa palveluissa saamastaan kohtelusta tai palveluun pääsyyn vaikeuksista.

Nykyisin päihdepalveluiden laadun seuranta tapahtuu usein palveluiden kilpailutuksen yhteydessä. Kilpailutusprosessissa palveluiden laatua määritellään usein etukäteen tarjouspyynnössä, niin sanotun tuottamisen avulla, jolloin kilpailutukseen otetaan mukaan vain tietyt hankintakriteerit määrittävät palveluntuottajat. Jos palveluntuottaja ei täytä tarjouspyynnössä mainittuja kriteereitä, sitä ei oteta mukaan kilpailuun. Suomessa palveluiden kilpailuttamisesta vastaavat yleensä kunnat, kuntayhtymät tai sairaanhoitopiirit. Palveluiden käyttäjä ei useimmiten tee ostopäätöksiä tai kilpailuta palveluita itse.

Joidenkin järjestöjen ja kuntien välillä on kuitenkin edelleen perinteisempiä kumppanuussuhteita, jotka ovat rakentuneet neuvottelemalla ja sisältävät niin sanotun sitoumuksen yhteisen tavoitteen mukaisesta palvelujen kehittämisestä.

## 11.5 Johtopäätökset ja pohdintaa

Huumeiden käyttäjien laitoshoidon tämän hetken tilasta Suomessa tutkittua tietoa on vähän. Laitoshoidoa koskevalle tutkimukselle olisikin selkeä tilaus. Tutkimustiedon lisääminen olisi tärkeää, koska viime vuosina laitoshoidon käyttö on vähentynyt kuntien pyrkiessä säästämään päihdehuollossa ja panostaessa niin sanottuihin kustannustehokkaisiin ja tutkittuihin hoitomuotoihin, kuten opioidikorvaushoitoon.

Viime vuosina huumehoidon tilanteesta on esitetty myös julkisuudessa melko kriittisiä puheenvuoroja, ja varsinkin laitoshoidon säilyttämisen ympärille on muodostunut myös pienimuotoista kansalaisliikettä. Eräs esillä ollut seikka on ollut kysymys siitä, miten lisääntyvä avohuoltopainotteisuus on ollut vaikuttamassa huumeidenkäyttäjien sosiaaliseen asemaan. Eräänä uhkakuvana on nostettu esille päihdeongelmien kroonistuminen riittävän psykososiaalisen kuntoutuksen puuttuessa.

Toinen tässäkin selvityksessä esille tuleva epäkohta, on suomalaisen päihdepalvelujärjestelmän pirstaleisuus. Tämän on katsottu tekevän päihdehuollon kokonai-

suuden hahmottamisesta vaikeaa, vaikeuttavan palveluiden laadun seurantaa ja tekevän järjestelmän kansalaisten kannalta myös epätasa-arvoisen. Esimerkiksi kunnallisilla palvelupolitiikoilla on suuri merkitys kunnissa tuotettaviin päihdehuoltopalveluihin ja palveluiden saatavuuteen. Toiseksi palvelun seurantaa vaikeuttaa ja hajanaisuutta lisää runsas yksityisten palveluntuottajien käyttö. Nimenomaan päihdepalveluiden järjestämistä tarkastelleessa kvalitatiivisessa tutkimuksessa esimerkiksi kuntien että järjestöjen edustajat kokivat päihdepalveluiden laadun seurannan ja ylläpitämisen olevan vaikeaa nykyjärjestelmässä. Kuntien näkökulmasta palveluntuottajien suuri määrä ja valvonnan puutteelliset resurssit vaikeuttivat laadun seurantaa. Järjestöt puolestaan kokivat kuntien polkevan palveluiden hintoja alas kiinnittämällä huomiota vain palveluiden kustannuksiin. (Perälä 2010.)

Suomalaisen päihdepalvelujärjestelmän myönteisenä puolena voi pitää sen monipuolisuutta, joka näkyy kuntoutuslaitosten asiakaslähtöisessä toimintatavassa ja erilaisten vaihtoehtojen runsaassa tarjonnassa. Toisaalta, koska laitokset toimivat paljolti omien periaatteidensa mukaan, niiden toimintojen koordinointi on usein vaikeaa. On vaikea saada selkoa, minkälaista hoitoa laitoksissa oikeastaan arjen tasolla toteutetaan, ja minkälainen kuntoutus toimii ja minkälainen ei, koska laitokset ovat niin erilaisia.

# 12 Huumetilanne Helsingissä

## 12.1 Kuntien päihdepalvelut

Kunnilla on Suomessa itsehallinto. Kuntien tehtävänä on järjestää asukkailleen lakisääteiset peruspalvelut, joista tärkeimmät ovat sosiaali- ja terveydenhuollon, opetus- ja sivistystoimen, sekä ympäristö- ja teknisen toimen palvelut. Kunnilla on verotusoikeus, ja peruspalvelut rahoitetaan kunnallisverotuksella, valtionosuuksilla ja palveluista perittävillä maksuilla.

Avoimuus ja julkisuus ovat Suomen kunnallishallinnon peruseriaatteita. Kuntalaissa korostetaan kuntalaisten suoran vaikuttamisen ja osallistumisen tärkeyttä, ja kuntalaisilla on oikeus tehdä aloitteita kunnan asioista. Kunnat tiedottavat asukkailleen vireillä olevista asioista, suunnitelmista, tehdyistä päätöksistä ja niiden vaikutuksista.

Kuntien ylin päättävä elin on kunnanvaltuusto, jonka jäsenet valitaan neljän vuoden välein järjestettävillä kuntavaaleilla. Kunnanvaltuusto vastaa kunnan toiminnasta ja taloudesta. Kunnanvaltuusto valitsee kunnanhallituksen, joka valmistelee kunnanvaltuuston päätökset ja panee ne täytäntöön. Kaupunginjohtaja ja apulaiskaupunginjohtajat työskentelevät kunnanhallituksen alaisuudessa.

Kunnanvaltuusto valitsee myös lautakunnat, jotka johtavat kunnan järjestämien palveluiden tuottamista. Lautakunnat eivät ole pakollisia, mutta käytännössä jokaisessa kunnassa on asetettu luottamushenkilöistä koostuvia lautakuntia hoitamaan muun muassa sosiaali- ja terveyspalveluita.

Päihdehuoltolain mukaisesti kunnat vastaavat päihdehuollosta osana sosiaali- ja terveyspalveluitaan. Päihdehuollon erityispalvelut koostuvat avohoidosta, lyhytaikaisesta laitoshoidosta, pidempiaikaisesta kuntoutushoidosta ja tukipalveluista. Päihdehuollon erityispalveluiden lisäksi päihdeongelmaisia hoidetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ja erikoissairaanhoidossa.

Ehkäisevän päihdetyön järjestäminen kuuluu raittiustyölain mukaan kunnille. Useimmissa kunnissa on nimetty ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö. Suomen suurimmissa kaupungeissa ehkäisevälle päihdetyölle voi olla myös oma yksikkönsä.

### Kuntien päihdestrategiat

Kunnallisissa päihdestrategioissa tavoitteena on päihteiden käytön ja niiden aiheuttamien haittojen vähentäminen. Strategioissa määritellään kuntien päihdetyön linjat ja painopistealueet. Kunnallisten päihdestrategioiden yksi tärkeimmistä päämääristä on parantaa viranomaisten yhteistyötä ja verkostoitumista. Päihdestrategiat kattavat yleensä sekä alkoholin että huumausaineet. Alkusysäyksenä kunnallisille päihdestrategioille voi pitää Sosiaali- ja terveysministeriön *Kunnallisen sosiaali- ja*

*terveydenhuollon tavoitteet* -julkaisua vuodelta 1998, jossa kuntia kannustetaan laatimaan päihdestrategia. (Romppanen 2005.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän kuntien päihdestrategia -tietokannan mukaan vuonna 2012 Suomen 336:sta kunnasta 82:lla on oma päihdestrategia ([www.thl.fi/neuvoa-antavat](http://www.thl.fi/neuvoa-antavat)). Kansallisella tasolla huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämistä ohjaa valtioneuvoston periaatepäätös.

### Suomen suurimpien kaupunkien päihdepalvelut

Suomen kuuden suurimman kaupungin (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Oulu, Turku) päihdehuollon palveluja ja kustannuksia vertaillaan vuosittain ilmestyvässä Kuusikko-raportissa. Kustannusten lisäksi raportissa vertaillaan, miten eri kaupungit ovat järjestäneet päihdehuollon palvelut ja miten niitä on priorisoitu. Vuonna 2010 kaupunkien päihdepalveluihin on sisällytetty avohuollon palvelut kuten A-klinikat, nuorisosasemat, opiaattikorvaushoito, terveysneuvonta sekä asumispalvelut ja laitoshoido. Perusterveydenhuolto, aikuissosiaalityössä tehtävä päihdetyö ja erikoissairaanhoido on rajattu tarkastelun ulkopuolelle. (Korteniemi 2011.)

Suomen kuuden suurimman kaupungin välillä on eroja siinä, miten päihdepalvelut on järjestetty ja miten kaupungit ovat määritelleet eri palvelumuodot. Yleisesti voidaan sanoa, että kaikkien kaupunkien päihdepalveluissa on tapahtunut ja tapahtuu edelleen suuria rakenteellisia muutoksia. Yleisenä linjauksena kaikissa kuudessa kaupungissa on päihdepalvelujen rakenteellinen muutos kohti avohoitopainotteisempia palveluita. (Korteniemi 2011.)

Vuonna 2010 Helsingin kaupungin sosiaaliviraston päihdehuollon kokonaiskustannukset olivat suppean määritelmän mukaan 32,4 miljoonaa euroa ja laajan määritelmän mukaan 50,7 miljoonaa euroa.<sup>84</sup> Laajan määritelmän mukaisesti menot jakautuivat seuraavasti: laitospalvelut 23,2 prosenttia, asumispalvelut 42,0 prosenttia, avohuollon korvaushoito 8,8 prosenttia, avohuollon palvelut ilman opioidikorvaushoitoa 26,0 prosenttia. (Korteniemi 2011.) Helsingin terveyskeskuksen muilta toimijoilta ostamien huumeongelmaisten palveluiden kokonaiskustannukset olivat vuonna 2010 6,3 miljoonaa euroa.<sup>85</sup>

Helsingin kaupungissa lapsille ja nuorille suunnattua ehkäisevää päihdetyötä tekevä yksikkö Klaari Helsinki on sijoitettu Helsingin nuorisotoimeen ja aikuisille suunnattua ehkäisevää päihdetyötä tekevä yksikkö Helsingin sosiaalivirastoon. Yksiköt tekevät yhteistyötä kaupungin muiden hallintokuntien, järjestöjen sekä

<sup>84</sup> Päihdehuollon palveluja käyttävät asiakkaat ovat usein moniongelmaisia. Asumispalveluissa palvelun tarpeen voi tulkita johtuvan jossain tilanteesta asunnottomuudesta, päihdeongelmasta tai mielenterveysongelmasta. Helsingin päihdehuollon budjettiin sisältyy vain osa niistä asumispalveluista, joiden asiakkaat ovat pääosin päihdeongelmaisia. Laajan määritelmän mukaiseen kokonaiskustannukseen on laskettu lisäksi palvelut, joiden asukkaista suuri osa on päihdeongelmaisia. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Asumisen tuki vastaa asumispalveluiden järjestämisestä asunnottomille täysi-ikäisille. Erilaisia tuetun asumisen muotoja ovat palvelukeskukset, palvelutalot, solutukiasunnot, tukikodit ja tukiasunnot.

<sup>85</sup> Tähän lukuun sisältyy Helsingin Diakonissalaitoksen hiv-positiivisten palvelukeskustoiminta, terveysneuvontatoiminta (Vinkki-palvelut ja Helsingin Diakonissalaitoksen liikkuva terveysneuvontapiste), korvaushoito terveysasemilla sekä HUS:lta ostettavat palvelut.

muiden pääkaupunkiseudun kaupunkien ehkäisevän päihdetyön yksiköiden kanssa. Ehkäisevää päihdetyötä tehdään myös erilaisissa hankkeissa.

## 12.2 Helsinki

Helsingin kaupungin huumausainestrategia on vuodelta 2000. Strategian mukaan Helsinki toteuttaa rajoittavaa huumestrategiaa, jonka tavoite on huumeiden käytön ja käytöstä johtuvien haittojen vähentäminen. Päihdehakuista käyttäytymistä ja huumeiden helppoa saatavuutta pidetään erityisenä uhkana nuorille. Huumausaineiden mukanaan tuomina yleishaittoina strategiassa mainitaan huumekuolemat, vakavien tartuntatautien leviäminen, rikollisuuden ja turvattomuuden yleistyminen sekä syrjäytymisen mukanaan tuomat ongelmat. Strategian peruslinjaukset ovat samat kuin Helsingin ensimmäisessä huumestrategiassa vuodelta 1997. Strategiassa on määritetty erilaisia tavoitteita, jotka koskevat eri hallintokuntia. (Helsingin huumestrategia 2000.)

Erityistavoitteina strategiassa mainitaan huumeidenkäyttäjien tasavertaisuus sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä, matalan kynnyksen hoitopaikat, etsivä työ ja vaihtoehtoja tarjoava palvelukokonaisuus.

Strategiassa huomioidaan myös Helsingin asema Suomen suurimpana kaupunkina: monet ongelmakäyttäjille suunnatut palvelut otetaan ensimmäisinä Suomessa käyttöön juuri Helsingissä. Strategian mukaan Helsingin tulee olla aktiivisesti mukana kehittämis- ja tutkimustyössä yhdessä lähikuntien, järjestöjen ja valtiovallan kanssa sekä seurata toiminnassaan myös kansallisia ja kansainvälisiä huumausaineita koskevia sopimuksia. (Helsingin huumestrategia 2000.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli) vuodelta 2009 linjaa mielenterveys- ja päihdetyötä valtakunnallisella tasolla, ja siihen on koottu ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä, ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohuoltopalveluja. Palvelujärjestelmän kehittämisessä keskeisiä linjauksia ovat matalakynnyksinen yhden oven periaate ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen. (STM 2009b.)

Helsingin kaupungin päihdepalveluissa keskitytään Mieli-suunnitelman linjauksen mukaisesti samanaikaiseen joustavaan päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon, asiakkaan aseman parantamiseen, lasten ja nuorten päihde- ja mielenterveyspalveluihin ja ikäihmisten päihde- ja mielenterveyspalveluihin. Päihdepalvelujen kokonaissuunnitelmassa kaupunki tuottaa päihdepalvelujen arvioinnin ja perusrungon, jota täydentää erityistarpeiden ja vaihtoehtoisten hoito-ohjelmien osalta tarvittavat ostopalvelut. Asiakasta autetaan mahdollisimman varhain joustavien ja kattavien avopalvelujen avulla. (Fabritius 2011.)



Käytännössä Helsinki toteuttaa rinnakkain sekä haittoja vähentävää että toipumiseen tähtäävää kuntouttavaa hoitopolitiikkaa. Tällä pyritään turvaamaan huumeiden käytön ja toipumisen eri vaiheissa oleville huumeongelmallisille riittävät ja erilaisiin tarpeisiin vastaavat palvelut.

### Huumeiden ongelmakäytön laajuus

Huumeiden ongelmakäytön tasoa on Suomessa vuodesta 1997 lähtien arvioitu muutamien vuoden välein tilastollisella tutkimuksella, joskin ensimmäiset pääkaupunkiseudun ongelmakäytön tasoa arvioivat tulokset ovat jo vuodelta 1995. Tutkimuksen aineisto koostuu terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin, rikosilmoitusrekisterin, päihdejuopumusrekisterin ja C-hepatiittirekisterin huume tiedoista. Huumeiden ongelmakäyttäjäksi on tutkimuksessa määritelty henkilö, jonka opioidien tai amfetamiinien käytöstä on aiheutunut viranomaistoimia. (Partanen ym. 2007.)

Huume aineiden ongelmakäyttäjii on arvioitu olevan vuonna 2005 koko Suomessa 14 500–19 100. Ongelmakäytön alueellista jakautumista tarkasteltaessa kaikista Suomen ongelmakäyttäjistä noin 50–60 prosenttia oli Etelä-Suomesta ja näistä selvästi yli puolet pääkaupunkiseudulta.

Arvion mukaan pääkaupunkiseudulla oli vuonna 2005 5 100–8 200 amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjää eli noin 0,9–1,4 prosenttia alueen 15–54-vuotiaasta väestöstä. Arvion mukaan vuonna 2005 pääkaupunkiseudun ongelmakäyttäjistä 4 000–6 000 eli 70–75 prosenttia kaikista ongelmakäyttäjistä oli amfetamiinien käyttäjiä (0,7–1,0 prosentin osuus pääkaupunkiseudun 15–54-vuotiaasta väestöstä). Opioidien ongelmakäyttäjii arvioitiin olevan 1 300–2 400 (0,2–0,4 % pääkaupunkiseudun 15–54-vuotiaasta väestöstä). (Partanen ym. 2007.)

Sukupuolijakaumaa tarkasteltaessa miesten osuudeksi pääkaupunkiseudun ongelmakäyttäjistä arvioitiin vuonna 2005 75–85 prosenttia. Amfetamiinien ongelmakäyttäjistä 15–24-vuotiaita oli noin 40 prosenttia ja opioidien käyttäjistä selvästi yli 40 prosenttia 1990-luvun lopulla. Tämän jälkeen molempien aineiden osalta 15–24-vuotiaiden osuus arvioista on vähentynyt selvästi (arviolta 20–25 % vuonna 2007) samalla kun 25–34-vuotiaiden osuus on lisääntynyt. 35–54-vuotiaiden ikäluokan osuudessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Koko Suomen tasolla pääkaupunkiseudulla näkyy selvimmin käyttäjäjoukon ikääntymiskehitys. (Partanen ym. 2007.)

Helsingiläisten huumeidenkäyttäjien käyttämistä aineista ja niiden käyttö tavoista on vain vähän yleistettävää määrällistä tietoa. Huumeiden ongelmakäyttöä pääkaupunkiseudulla on kartoitettu haastattelututkimuksella, jossa haastateltiin sataa helsinkiläistä huume aineiden käyttäjää.<sup>86</sup> Sadasta haastatellusta 71 oli miehiä ja 29

<sup>86</sup> Pääkaupunkiseudun huume aineiden käyttäjii on tutkittu osana yhteiseurooppalaista Quaf2-hanketta, jossa haastateltiin sataa helsinkiläistä huume aineiden käyttäjää strukturoiduin haastatteluin. Haastateltavat rekrytoitiin anonyymien terveysneuvontapisteiden kautta, käyttäjien tuttavaverkostosta tai heidän tultuaan hoitojärjestelmän piiriin. Tutkimuksessa selvitettiin käyttäjien elämäntilannetta, analysoitiin eri päihteiden ja psykoaktiivisten lääkkeiden käyttöiheyttä, käyttö- ja hankintatapaa ja sitä, missä määrin amfetamiinien ja opioidien käyttäjät erottuvat omina ryhminään. Samassa tutkimuksessa tarkasteltiin myös opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin käytön kasautumista samoille henkilöille.

naisia. Haastateltavien ikäjakauma oli 19–47-vuotta. Kaikkien haastateltujen keski-ikä oli 29,4 vuotta (mediaani 28,5). Tutkimuksessa kävi ilmi, että haastatellut olivat monessa mielessä huono-osaisia ja elivät yhteiskunnan marginaalissa.<sup>87</sup> Haastateltujen koulutustausta oli heikko ja valtaosa (79/100) heistä oli työttömiä. Yli puolella haastatelluista ei ollut haastatteluajankohtana vakituista kumppania. Yli puolella oli oma tai vuokra-asunto, mutta neljännes asui asuntolassa tai oli asunnoton. Kolme neljästä ilmoitti pääasialliseksi tulonlähteekseen sosiaaliturvan. (Tammi ym. 2011.)

Sadan käyttäjän haastatteluihin perustuvan tutkimusaineiston perusteella buprenorfiini ja amfetamiinit olivat eniten käytettyjä laittomia huumausaineita, mutta myös bentsodiatsepiineja ja erilaisia lääkekäyttöön tarkoitettuja opiaatteja käytettiin erittäin yleisesti. Päihdekäytössä buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmä-lääkettä (Suboxone) ja pelkkää buprenorfiinia (Subutex) käytettiin miltei yksinomaan suonen-sisäisesti. Suboxonen päihdekäyttö oli tutkimuksen perusteella suosittua erityisesti nuorten käyttäjien keskuudessa. Heroiinin ja kokaiinin käyttö oli harvinaista. (Tammi ym. 2011.)

Hoitojärjestelmän näkökulmasta oletusta amfetamiinin ja opioidien käyttäjäryhmien erillisyydestä on ylläpitänyt erityisesti se, että opioidiriippuvuuteen on olemassa erityinen hoitomuoto, lääkkeellinen opioidikorvaushoito. Myös tutkimuksissa ja selvityksissä amfetamiinien ja opioidien käyttäjät luokitellaan tyypillisesti omiksi ryhmikseen. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että vaikka on olemassa joukko käyttäjiä, jotka käyttävät lähinnä amfetamiinia tai opiaatteja, on helsinkiläisen huono-osaisen huumealakulttuurin kova ydin sekakäytössä, jossa käytetään opioidipohjaisten lääkeaineiden ja bentsodiatsepiinien ohella myös alkoholia ja kannabista. Tutkimus vahvistaa osaltaan helsinkiläisten kohdalla sitä havaintoa, että opioidiriippuvaisista huomattava osa on myös bentsodiatsepiiniriippuvaisia ja myös alkoholinkäyttö on opioidiriippuvaisien keskuudessa yleistä. (Tammi ym. 2011.)

Vuonna 2010 Helsingin kaupungin päihdepalveluihin hakeutuneiden asiakkaiden prosenttiosuudet viiden ensisijaisesti käytetyn päihteen mukaan olivat seuraavat: alkoholi 66,8 prosenttia, buprenorfiini 7,9 prosenttia, rauhoittavat lääkkeet 6,1 prosenttia, kannabis 5,3 prosenttia, amfetamiini 5,5 prosenttia (Korteniemi 2011.)

## 12.3 Helsingin huumetilanne

Helsinki on valtakunnallisen huumekaupan keskus ja päämarkkinat ovat Helsingin alueella ja huumemarkkinoiden päätekijät vaikuttavat Helsingin seudulla. Helsingin lentokenttä ja satama tuovat alueelle paljon ulkomailta saapuvaa liikennettä. Suomessa ei ole varsinaisia avoimia huumemarkkinoita, vaan suurin osa laittomien huumausaineiden kaupasta ja käytöstä tapahtuu yksityisasunnoissa. Pienimuotoista

<sup>87</sup> Huono-osaisuudella viitataan yleensä erilaisiin hyvinvoinnin puutteisiin, muun muassa työttömyyteen, köyhyyteen, asumiseen liittyviin ongelmiin, perheongelmiin tai muiden sosiaalisten suhteiden ongelmiin, terveysongelmiin, sosiaaliseen ja koulutukselliseen huono-osaisuuteen sekä syrjäytyneisyyteen vallankäytöstä ja osallistumisesta.

avoimempaa kannabiskauppaa voi kesäaikaan näkyä joissakin Helsingin keskustan puistoissa tai ravintoloissa. Suurimmat markkinat Helsingissä ovat amfetamiinilla, kannabiksella ja buprenorfiinivalmiste Subutexilla. (Kinnunen 2008; Perälä 2011; KRP 2012.)

Huumausaineiden katutason hintoihin vaikuttavat lukuisat seikat, kuten kohdepaikkakunta. Suomessa huumausaineiden katuhinnat tyypillisesti nousevat pääkaupunkiseudun ulkopuolelle mentäessä. Amfetamiinin, hasiksen ja Subutexin katuhinnat ovat muualla Suomessa selvästi korkeammat kuin Helsingissä. Kannabiksen kotikasvatus on yleistynyt Suomessa, ja kannabiksen hinnoissa ei näy samanlaista aluekohtaista vaihtelua kuin salakuljetettujen huumeiden hinnoissa. (Perälä 2011; KRP 2012.)

Jussi Perälä on tutkinut etnografisesti huumausainemarkkinoita 2000-luvun alun Helsingissä. Hänen tutkimuksensa mukaan huumausainemarkkinat eivät aina näyttyädy kovin rationaalisena tai järjestelmällisenä toimintana. Vaan kyse on enemmän päihderiippuvuudesta, riippuvuuksista ja muista ongelmista. Toiminta on erilaista riippuen siitä, onko kyseessä vain yhden vai useamman eri huumausaineen myyminen. Subutexin myyminen ja käyttäminen on eri asia kuin itse kasvatetun kannabiksen käyttäminen. Subutexin kauppa on taloudellisesti kannattavinta siihen sijoitettuun pääomaan nähden, taloudellisesti kannattamattominta on kannabiksen kauppa. (Perälä 2011.)

Huumemarkkinoiden toimijat voi karkeasti jakaa ylemmän tason, keskitason ja alemman tason toimijoihin. Ylemmän tason toimijat järjestävät huumausaineiden maahantuonnin, keskitason toimijat niiden tukkumarkkinoinnin ja alemman tason toimijat vähittäiskaupan. Tyypillisesti eri tasojen toimijat myös käyttävät itse myymäänsä tuotteita. Valtaväestön lisäksi Helsingin huumemarkkinoilla toimii lukuisia etnisiä vähemmistöjä. Suurin ulkomaalaistaustainen ryhmä ovat virolaiset, jotka näyttelevät tärkeää osaa etenkin amfetamiinin maahantuonnissa. Muita vähemmistöjä ovat venäläiset sekä Afrikan ja Aasian maista tulevat maahanmuuttajat. (Perälä 2011.)

Muuntohuumeiden ja huumaavien rohdosten internet-tilausten yleistyminen on näkynyt Tullin takavarikoissa. Erityisesti Helsinkiä koskevaa tutkimustietoa muuntohuumeiden ongelmakäytöstä ei ole saatavilla. Ilmiönä muuntohuumeiden tuleminen markkinoille on kuitenkin käytännössä näkynyt erityisesti terveysneuvontapisteissä ja huumevieroitusyksiköissä. Muuntohuumeiden valmistamoa ei Suomesta ole paljastunut (KRP 2012). Suomessa ei ole ”smart shop”-tyyppisiä kauppia, joita löytyy joistakin Euroopan maista.

Poliisi suorittaa kotietsintöjä sekä katu- ja liikennevalvontaa. Tämän lisäksi poliisi suorittaa teknistä tutkintaa ja esimerkiksi suurimmilla festivaaleilla tarkastuksia ennen alueelle pääsyä. Huumeiden kysyntään pyritään vaikuttamaan ehkäisevän päihdetyön keinoin sekä tiedotuksella ja valistuksella.

## Matalan kynnyksen palvelut huumeiden ongelmakäyttäjille

Helsingissä toimii kaupungin rahoituksella neljä järjestöjen ylläpitämää matalan kynnyksen terveys- ja sosiaalineuvontapistettä (Vinkki-palvelut, A-klinikkasäätiö) sekä liikkuva terveysneuvontapiste (Helsingin Diakonissalaitos), joiden palvelut on suunnattu erityisesti suonensisäisesti huumeita käyttäville. Palvelun tarkoituksena on päihteistä ja päihteiden käytöstä aiheutuvien haittojen vähentäminen ja tartuntatauti-  
tien leviämisen ehkäisy. Sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä annetaan tietoa sosiaali- ja terveyspalveluista, järjestetään pistovälineiden vaihtoa, vertaistoimintaa ja etsivää kenttätöytä vertaistoimintana. Terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä asiointi tapahtuu anonymisti. Neuvontapisteet tuottavat myös tietoa paikallisesta ja alueellisesta päihde-tilanteesta. Lisäksi hiv-positiivisille huumeidenkäyttäjille hankitaan palvelua tuottavalta järjestöltä keskitetysti matalan kynnyksen korvaushoito-, käyttövälineiden vaihto- ja päiväkeskuspalvelut.

Huumeiden käyttäjät voivat hakeutua ilman ajanvarausta kaupungin avohoito-palveluihin, joista asiakas voidaan lähettää edelleen esimerkiksi vieroitushoitoon tai kuntouttavaan laitoshoidon. Huumeriippuvaisille on tarjolla myös palveluohjausta.

Opioidiriippuvaisten opioidikorvaushoitoa toteutetaan matalan kynnyksen periaatteella. Hoidon aloittaminen edellyttää kuitenkin avopalveluna toteutettavan arviointijakson läpikäyntiä.

HUS:issa toimii päihdeongelmallisille tarkoitettu äitiyspoliklinikka (HAL-poliklinikka), jonne päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset voivat hakeutua joko itse tai lääkärin tai terveydenhoitajan läheteellä. Poliklinikalla annetaan tietoa alkoholin ja huumeiden vaikutuksista sikiöön ja raskauden kulkuun ja motivoidaan päih-teettömyyteen. Vastaanottoon kuuluu kartoitus päihteiden käytöstä ja huumeseu-lon-nat. HAL-poliklinikan tavoitteena on päihteiden käytön lopettaminen ja ohjaaminen vieroitushoitoon, raskautta uhkaavien sairauksien ja ravitsemushäiriöiden toteami-nen ja hoitaminen, päihteiden aiheuttamien sikiön kehitys- ja kasvuhäiriöiden ha-vaitseminen ja ennaltaehkäiseminen. Poliklinikalla arvioidaan äidin kyky vastasyntyneen hoitamiseen, lastensuojelun tarve, raskauden jatkamisen mahdollisuudet sekä tuetaan kasvussa vanhemmuuteen. (HUS 2008.)

Helsingin Diakonissalaitos järjestää matalan kynnyksen palveluita päiväkeskus-toimintana ja liikkuvassa yksikössä. Tämän lisäksi Helsingin Diakonissalaitos jär-jes-tää HIV-positiivisten erityispalveluja matalan kynnyksen periaatteella yhteistyössä HUS:n infektiosairauksien klinikan ja Helsingin sosiaaliviraston kanssa. Palveluko-konaisuuteen kuuluvat päiväkeskuspalvelut ja kotihoitopalvelut. Palvelut ovat asiak-kaille maksuttomia. Toimintaa rahoittavat Helsingin kaupungin terveyskeskus ja Espoon ja Vantaan kaupungit. (Helsingin Diakonissalaitos 2012.)

## 12.4 Helsingin haasteet

Helsingin kaupungin päihdepalvelut ovat olleet rakennemuutoksessa koko 2000-luvun ja strategisena linjauksena on laitoshoidon tarpeen vähentäminen monipuolisen avohoidon avulla. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto yhdistyvät vuonna 2013, ja tämä tulee osaltaan vaikuttamaan myös päihdepalveluihin. Psykiatri- ja päihdepalvelut tullaan yhdistämään yhdeksi hallinnolliseksi kokonaisuudeksi. Tällä pyritään parantamaan yhtäaikaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien kokonaisvaltaista hoitoa ja vähentämään asiakkaiden riskiä jäädä hoitopalvelujen ulkopuolelle. Muutos tarkoittaa suurten palvelukokonaisuuksien uudelleen organisointia.

Helsingin kaupunki on kehittänyt uusia palvelujen hankintamalleja sekä vahvistanut yhteistyötään palveluntuottajien ja vertaistukitoimijoiden kanssa. Päihdehoitopalvelujärjestelmää kehitetään verkostomaiseen ja yhteistoiminnalliseen suuntaan. Asiakkaita pyritään kuulemaan aiempaa paremmin toiminnan kehittämisessä ja toteuttamisessa. Huumeongelmaisen tuki rakennetaan vertaistuen, oikein kohdennetun hoidon ja palveluohjauksen varaan.

Vaikka Helsingissä on panostettu viime vuosina pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämiseen, niin edelleen vaikea asuntotilanne vaikeuttaa monesti yksilöllisen päihdekuntoutusohjelman toteuttamista. Palveluja tuotetaan jatkossakin sekä haittoja vähentävän että toipumista edistävän kuntouttavan mallin mukaan. Malleja toteutetaan rinnakkain eikä niitä pidetä toisiaan pois sulkevinä. Suurena kaikkia hallintokuntia koskevana yhteisenä haasteena on ennakoiva syrjäytymisen ehkäiseminen.

## 13 Liite 1.

Raportin valmistelussa ovat olleet apuna ja sen osia ovat asiantuntevasti kommentoineet useat asiantuntijat Lämpimät kiitokset kaikille raportin tekoon osallistuneille.

Immo Parviainen	Opetus- ja kulttuuriministeriö
Helena Vorma	Sosiaali- ja terveysministeriö
Veli-Matti Risku	Sosiaali- ja terveysministeriö
Leena Metsäpelto	Valtakunnansyyttäjänvirasto
Pentti Kangasniemi	Poliisihallitus
Sarianna Petrell	Keskusrikospoliisi
Ulla-Maija Laakkonen	Keskusrikospoliisi
Heini Kainulainen	Optula
Jarmo Helin	Tulli
Erkki O. Vuori	Hjelt-instituutti
Ilkka Ojanperä	Hjelt-instituutti
Pekka Hakkarainen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Karoliina Karjalainen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Henrikki Brummer-Korvenkontio	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Airi Partanen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Kristiina Kuussaari	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Elina Kotovirta	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Erja Ailio	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Marke Jääskeläinen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Jarmo Kärki	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Katja Pihlainen	Fimea
Jorma Kallio	Tilastokeskus
Mikko Tamminen	Helsingin sosiaalivirasto
Kari Salovaara	Helsingin sosiaalivirasto
Juha Nyman	Helsingin terveyskeskus
Jussi Perälä	Ehkäisevä Päihdetyö EHYT ry

# 14 Lähteet

- Ahlström, S., Metso, L., & Huhtanen, P. (2008). Missä nuorisoryhmissä päihteiden käyttö on vähentynyt. Suomen ESPAD-aineiston tuloksia 2007. Yhteiskuntapolitiikka 73 (1), 73–83.
- Ahonen, J. (1999). Järvenpään sosiaalisairaala: päihdehuoltomme keskeisen laitoksemme vaiheita. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Ahokas, H., Kajesalo, K. & Holopainen, A. (1998). Pilvilinnoja vai kunnan rakenteita? Huumeasiakkaat hoitojärjestelmissä. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 26. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Aira, T. (2010). Terveystieto. Teoksessa Rimpelä, M. & Fröjd S. & Peltonen H.: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009, perusraportti. Helsinki 2010: Opetushallitus, Koulutuksen seurantaraportit 2010:1. [http://www.oph.fi/download/46621\\_hyvinvoinnin\\_ja\\_terveyden\\_edistaminen\\_peruskouluissa2.pdf](http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf) [6.8.2011]
- A-klinikkasäätiö (2011). Terveys- ja sosiaali-neuvontapisteet. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/> [6.9.2012]
- Anturiverkosto (2010). A-klinikkasäätiön, Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja terveysneuvontapisteiden tietoverkosto. Julkaisematon tilasto.
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H. Liitsola, K. & Salminen, M. (2008). Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapistetoiminnan onnistumisen edellytyksenä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b15.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b15.pdf) [19.9.2011]
- Asikainen, J., Hälvä, A., Hämäläinen, S. & Ranta, T. (2004). Päihdekoti Seukkalan imago - kuntien päihdetyötä tekevien henkilöiden mielikuvia Seukkalasta. Diakonia Ammatti-korkeakoulu. Pieksämäen yksikkö.
- Belt, R. & Punamäki, R-L. (2007). Mother–infant group psychotherapy as an intensive treatment in early interaction among mothers with substance abuse problems. Journal of child psychotherapy, 33, 2, 202–220.
- Duodecim (2006). Käypä hoito suositus huume-ongelmaisten hoitoon. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ja päihdelääketieteen yhdistys. Duodecim 122 (5), 596–614. Ks. myös <http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50041.pdf>
- Fabritius, C. (2011). Päihdepalveluiden toteutuminen ja kehittäminen Helsingissä. [http://www.valvira.fi/files/hoitotakuusymposium/Carola\\_Fabritius.pdf](http://www.valvira.fi/files/hoitotakuusymposium/Carola_Fabritius.pdf) [8.6.2012]
- Forsell, M. (2012a). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011. Tilastoraportti 19/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Forsell, M. (2012b). Päihdehuollon tilastointikehikko. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. (2009). Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö. Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Gissler, M., Hämäläinen, P., Jääskeläinen, M., Larivaara, M., Punto, J., Rasialainen, J. & Vuori, A. (2012). Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. Raportti 54/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Hakkarainen, P. & Kuussaari, K. (1996). Erikoistunut huumehoito: ongelman määrittelyt ja erilaiset hoitovaihtoehdot. *Alkoholipolitiikka* 61 (2), 139–150.
- Hakkarainen, P. (1999). Huumepolitiikka ja muuttuvat ongelmat. Oikeus. Eripainos. 1/1999.
- Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. (2002). Ristiriitojen huumepolitiikka -huumeongelman normalisaatio Suomessa. Teoksessa Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Jyväskylä: Stakes.
- Hakkarainen, P., Kainulainen, H. & Perälä, J. (2008). Measuring the Cannabis Market in Finland – A Consumption-Based Estimate. *Contemporary Drug Problems* 35 (2–3), 321–345.
- Hakkarainen P. & Metso, L. (2009). Joint Use of Drugs and Alcohol. *European Addiction Research* 15 (2009), 113–120.
- Hakkarainen, P., Perälä, J. & Metso, L. (2011a). Kukkaa pukkaa – kannabiksen kotikasvatus Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 148–168.
- Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. (2011b). Hampuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeikselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (4), 397–411.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi ammatillisesta koulutuksesta annetun lain, ammatillisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain, ammattikorkeakoululain, yliopistolain sekä rikosrekisterilain 6 §:n muuttamisesta. <http://www.edilex.fi/virallistieto/he/fi20100164.pdf> [19.9.2011]
- Harrikari, T. (2010). Ehdollisesti rangaistujen nuorten valvonta - Toimijat, prosessit ja sisällöt. *Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja* 2/2010. Rikosseuraamuslaitos.
- Heikkilä, K. (2004). Kiskot vievät: arviointitutkimus yhteisöhoidosta huumeambulanssilla. Turun yliopisto, sosiologian laitoksen julkaisusarja.
- Hein, R. & Salomaa, J. (1998). Päihteiden käytön haittakustannukset Suomessa vuosina 1994–1995. *Alkoholi ja huumeet*. Tilastoraportti 4/1998. Helsinki: Stakes.
- Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P. Virtanen, S. & Uutela, A. (2011). *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011*. Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2011. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos.
- <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3> [1.6.2011]
- Hellman, M. (2009). Designation practices and perceptions of addiction – a diachronic analysis of Finnish press material from 1968–2006. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 26 (24) 2009, 355–372.
- Hellman, M. (2010). From myth to marginality to portrayals of an addictive society: Reporting on addictions in the Finnish press (1968–2006). *Addiction Research and Theory* 18 (2) 2010, 224–242.
- Helsingin Diakonissalaitos (2012). Päihdetyö. <https://www.hdl.fi/fi/palvelut/paihdetyo> [16.8.2012]
- Helsingin huumestrategia 2000 (2000). Helsingin huumestrategian 1997 tarkistaminen ja ajantasaistaminen. Helsinki: Helsingin kaupunginkanslia.
- Huhtanen, P., Hokka, P. & Mäkelä, P. (2009). *Juomatapatutkimus 2008: Aineistokuvaus*. Avauksia 16/2009. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a8b2883f-5a53-471d-97a1-0d7e6b3b8aeb> [8.7.2009]
- Huizink, A., Levälähti, E., Korhonen, T., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R. & Kaprio, J. (2010). Tobacco and cannabis and other illicit drug use among Finnish adolescent twins: causal relationship or correlated liabilities? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2010;71(1):5–14.
- HUS (2008). Päihdeäitien poliklinikka. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,54,6,957,1598,1805,12327> [27.7.2012]



- Hyttinen, R. (2007). Lapsi, huumeperhe ja toivo. Lapsen todellistuminen huumeperheen kuntoutusprosessissa. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 37, Helsinki.
- Inkeroinen, M. & Partanen, A. (2006). Päihdepalveluiden tila 2005. Työpapereita 7/2006. Helsinki: Stakes.
- Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Vuopio, J., Roivainen, M., Löflund, J-E., Kuusi, M. & Ruutu, P. (toim.) (2012). Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 36/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [2.7.2012]
- Joukamaa, M. ja työryhmä (2010). Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Vammala. Rikosseuraamuslaitos. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/qclqnxmn.pdf> [20.7.2010]
- Junninen, M. (2008). Suomalaisten vankiloiden turvallisuus. Rikosseuraamusviraston julkaisu 5/2008. HEUNI No 58. Vammala.
- Jääskeläinen, M. (2012). Päihdehaittakustannukset 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 11/2012. [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr11\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr11_12.pdf) [4.10.2012]
- Kahila, H., Saisto, T., Kiviti-Kallio, S., Haukkanen, M. & Halmesmäki, E. (2007). A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 185–190.
- Kahila, H., Gissler, M., Sarkola, T., Autti-Rämö, I. & Halmesmäki, E. (2010). Maternal welfare, morbidity and mortality 6-15 years after pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based control follow-up study of 524 women. *Drug and Alcohol Dependence* 111, 215–221.
- Kainulainen, H. (2006). Seuraamuskäytäntö huumausaineen käyttörikoksessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 219. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (toim.) (2007). Rangaistuskäytäntö törkeissä huumausaineen käyttörikoksissa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 79. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2009). Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 245. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2011). Huumausaine-, alkoholi- ja dopingrikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 203–215.
- Kainulainen, H. (2012a). Huumausaine-, alkoholi- ja dopingrikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2011. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 211–223.
- Kainulainen, H. (2012b). Seuraamuskäytäntö huumausainerikoksissa. Teoksessa Rikollisuustilanne 2011. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 419–431.
- Kalland, M. (2008). Onko meillä keinoja auttaa päihdeperheeseen syntyvää vauvaa? *Suomen Lääkärilehti* 63 (48), 4173.
- Karjalainen K., Lintonen T., Impinen A., Lillsunde P. & Ostamo A. (2010). Poly-drug findings in drugged driving cases during 1977–2007. *Journal of Substance Use* 15(2): 143–156.
- Karjalainen, K. (2011). Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007. Ilmaantuvuus, sosiaalinen tausta ja kuolleisuus. Tutkimus 48/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaukonen, O. (2002). Päihdepolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, O. ja Hakkarainen, P. (toim.): Huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus.

- Kaukonen, O. (2005). Torjunta vai poisto? Päihdepalveluiden kehitys laman jälkeen. *Yhteiskuntapolitiikka* (70) 311–322.
- Kekki, T. & Partanen, A. (2008). Päihdepalvelujen seudullinen kehitys 2008. Stakesin työpapereita 38/2008. Helsinki: Stakes.
- Kekki, T. (2009). Huumeet ja rikostorjunta. Poliisien käsitykset huumerikollisuuden ja poliisitoiminnan muutoksista. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 76/2009. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.
- Kekki, T. (2012). Taparikollisuuden kulttuuriset ja rakenteelliset ulottuvuudet: Huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnot taparikollisuudesta. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja* 2012:5. Helsingin yliopisto.
- Kinnunen, A. & Lehto, J. (1998). Drug Treatment at the Margins. Teoksessa Hunt, G. & Klingemann, H. (toim.): *Drug Treatment Systems in an International Perspective*. Sage: Thousand Oaks.
- Kinnunen, A. (2008). Kriminaalipolitiikan paradoksi. Tutkimuksia huumausainerikollisuudesta ja sen kontrollista Suomessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 233. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. <http://www.optula.om.fi/uploads/5x9a33ss.pdf> [1.10.2009]
- Kivivuori, J. & Linderborg, H. (2009). Lyhytaikaisvanki. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 248. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kivivuori, J. (toim.) (2009). Nuorten syrjäytyminen ja rikollisuus. Suomessa tehdyn tutkimuksen ja sen katvealueiden kartoitusta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 94. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Klingemann, H. & Takala, J.-P. (1992). *Cure, Care or Control. Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany: State University Press New York.
- Kontula, O. (1996). *Huumeet Suomessa*. Helsinki: Otava.
- Korhonen, T., Huizink, A., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R., & Kaprio, J. (2008). Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: A longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug and Alcohol Dependence* 97 (1-2), 33–43.
- Korhonen, T., Kujala, U., Rose, R. & Kaprio, J. (2009). Physical Activity in Adolescence as a Predictor of Alcohol and Illicit Drug use in Early Adulthood: A Longitudinal Population Based Twin Study. *Twin Res. Hum. Genet* 12 (3) 2009, 261–268.
- Korteniemi, P. (2011). Kuuden suurimman kaupungin päihdepalvelut vuonna 2010. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja. [http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA\\_Files/downloads/Paihdehuolto/Raportti\\_paihdehuolto2010.pdf](http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Paihdehuolto/Raportti_paihdehuolto2010.pdf) [7.6.2012]
- Kotovirta, E. (2009). Huumeriippuvuudesta toipuminen nimettömien narkomaanien toveriseurassa. Tutkimuksia 10/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1b2e240e-e5d2-4c58-b879-9889407028f8> [1.10.2009]
- Kotilainen, S., Siivonen, K. & Suoninen A. (2010). Nuoret taiteen tekijöinä. Myrsky-hankkeen väliarvointia. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisuja 31. Helsinki 2010. [http://www.nuorisotutkimusseura.fi/sites/default/files/verkkojulkaisu/Myrsky-raportti\\_verkkojulkaisuja%2031.pdf](http://www.nuorisotutkimusseura.fi/sites/default/files/verkkojulkaisu/Myrsky-raportti_verkkojulkaisuja%2031.pdf) [2.10.2011]
- Kouluterveyskysely (2011). <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.htm> [17.9.2012]
- KRITS (2012). Hankkeet. <http://www.krits.fi/fin/hankkeet/>
- KRP (Keskusrikospoliisi) (2007). Rahanpesurikokset oikeuskäytännössä IV. Rahanpesun selvittelykeskus. <http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/Rahanpesurikokset%20oikeuskäytännössä%20I>

- V/\$file/Rahanpesurikokset%20oikeuskäytännössä%20IV.pdf [18.8.2009]
- KRP (Keskusrikospoliisi) (2012). Keskusrikospoliisin huumausainerikollisuutta koskevat julkaisemattomat tilannekatsaukset sekä keskusrikospoliisin antamat lisätiedot.
- Kukko, H., Halmemäki, E. (1999). Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and perinatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 22–26.
- Kunttu, K. & Huttunen, T. (2009). Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2009. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45/2009.
- Kuusisto, K. & Saarnio, P. (2012). Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. Katsaus projektin tuloksiin. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (3), 282–289.
- Kuussaari, K. (2006). Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto: terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitojärjestelmästä. Helsinki: Stakes.
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2010). Administrative challenges in the Finnish alcohol and drug treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (2010), 667–684.
- Kylmälä, J. (2000). Laitoksen yhteisöllisyys. Teoksessa Roivainen, I. (toim.): Yhteisöt hyvinvoinnin tuottajina. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lahti, P. (2011). "Ehdonalaivalvontaan määrättyjen kokemuksia vankilan jälkeisestä arjesta. Kuka tekee rikoksetonta elämää?". Yhteisösosiaalityön erikoisala. Jyväskylän yliopisto.
- Lahti R. A., Korpi H. & Vuori E. (2009). Blood-positive illicit-drug findings: Implications for cause-of-death certification, classification and coding. *Forensic Science International* 187 (2009) 14–18.
- Laine, P. (2010). Kuka murhasi apteekki-sopimuksen? *Suomen Lääkärilehti* 65 (46), 3771.
- Laine, T., Hyväri, S & Vuokila-Oikonen, P. (toim.) (2010). Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Laitila, M. & Järvinen, T. (toim.) (2009). Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. *Opas 6/2009*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lampela, E. (2010). "Se ei ole niin yksioikonen juttu." Kuntoutuksellinen näkökulma katkaisuhoidon prosessiin Lapin alueella. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto.
- Lapatto-Reiniluoto, O., Tacke, U. & Hopppu, K. (2011). Design ylettyy jo huumeisiin. *Suomen Lääkärilehti* 66 (16–17), 1398–1401.
- Leppo, A. (2008a). Pidä kiinni-projektin yhteiskunnalliset ulottuvuudet. 37–68. Teoksessa (M Andersson, R. Hyytinen ja M Kuorelahti (toim.) Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38, Helsinki.
- Leppo, A. (2008b). Raskaudenaikaiseen päihteiden käyttöön puuttuminen päihdetyöhön erikoistuneella äitiyspoliklinikalla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 45, 33–47.
- Leppo, A. & Perälä, R. (2009). User involvement in Finland: the hybrid of control and emancipation. *Journal of Health Organization and Management* 23 (3), 359–371.
- Leppo, A., Tervo, M. & Andersson, M. (2009). Päihdepalvelujen saanti on tehtävä helpoksi raskaana oleville. *Suomen Lääkärilehti* 64 (19), 1788–1790.
- Leppo A. (2012). Precarious Pregnancies: Alcohol, drugs and the regulation of risks. Publications of the Department of Social Research 2012:3. University of Helsinki.
- Liisanantti, J. (2012). Acute drug poisoning: outcome and factors affecting outcome. Oulun yliopisto.

- Luopa, P., Lommi, A., Kinnunen, T. & Jokela, J. (2010). Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Raportti 20/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Makkonen, T. (2005). Katko edellyttää jatkoa. Katkaisu- ja vieroitushoidon kehittäminen palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Päihdepalveluiden kehittämishanke. Sosiaalialan kehittämishanke. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mattila-Aalto, M. (2009). Kuntoutussosiaalisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009, Helsinki.
- Meriläinen, A.-S., Heinälä, P. & Seppä, K. (2010). Lääkäriopiskelijoiden päihteidenkäyttö. Suomen Lääkärilehti 65 (7), 587–591.
- Metso, L., Ahlström, S., Huhtanen, P., Leppänen, M. & Pietilä, E. (2009). Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. ESPAD-tutkimuksen tulokset. Raportti 6/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1bdd2d77-b36d-499c-b8de-dd714abf80d8>
- Melberg, H. O., Hakkarainen, P., Houborg, E., Jääskeläinen, M., Skretting, A., Ramstedt, M. & Rosenqvist, P. (2011). Measuring the harm of illicit drug use for friends and family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2011; 28: 2, 105–121.
- Mikkilä, I. (2010). Selviämishoidosta katkaisuhoitoon. Päihdepotilaan hoitoketjun muodostuminen. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Mikkonen, A., Rantala, V. & Saarijärvi, S. (2010). Nuorten huumeriippuvuus – tarvitaanko korvaushoitoa. Suomen Lääkärilehti 65 (37), 2943–2948.
- Mohell, U. (2009). Valvottu koevapaus. Artikkelit Internet-portaalissa Portti vapauteen.
- Moring, J., Martins A., Partanen A., Bergman V., Nordling E. & Nevalainen, V. (toim). (2011). Kansallinen mielenterveys- ja päihde-suunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) (2010). Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.
- Mäkelä, K. (2009). Vård och kontroll av misbrukasmödrar. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 26, 318–328.
- Niemelä, A., Leppämäki, S., Aalto, M., Rapeli, P., Holopainen, A., Tani, P. & Lauerma, H. (2010). ADHD ja päihteet. Suomen Lääkärilehti 65 (13–14), 1213–1217.
- Niemelä, S., Brunstein-Klomek, A., Sillanmäki, L., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Tamminen, T., Almqvist, F. & Sourander, A. (2011). Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. *Addictive Behaviors* 36 (2011) 256–260.
- Nuorvala Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. (2008a). Päihdeasiakkaat entistä vanhempia. *Dialogi* 3/2008, 39–40.
- Nuorvala Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. (2008b). Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (6), 659–670.
- Obstbaum, Y., Tyni, S. & Ryyänen, H. (2009). Hard drug use in the Nordic countries-what does it look like? Thematic meeting March 19–20 2009 in Helsinki.
- Obstbaum, Y., Lintonen, T., Aarnio, T., von Grunewaldt, V., Vartiainen, H., Mattila, A., Hakamäki, S., Viitanen, P., Wuolijoki, T. & Joukamaa, M. (2011). Päihdehaittojen laitostenmuotoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (1), 30–44.

- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2009). Monialaisen viranomaisyhteistyön ja etsivän nuorisotyön lakisääteistäminen. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 22/2009. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr22.pdf?lang=fi> [1.10.2010]
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2010). Opiskeluvoimavarojen perustaminen, päihdetestaus ja kurinpito turvallisuutta edistävinä keinoina. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 7/2010. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2010/liitteet/tr07.pdf?lang=fi> [1.10.2010]
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2012). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2012–2015. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi> [3.10.2012]
- Ojaniemi, K., Lintonen, T., Impinen, A., Lillsunde, P. & Ostamo, A. (2009). Trends driving under the influence of drugs: A register-based study of DUID suspects during 1977–2007. *Accident Analysis and Prevention* 41 (1), 191–196.
- OKM (Opetusministeriö nyk. opetus ja kulttuuriministeriö 2007). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lapsi\\_ja\\_nuorisopolitiikan\\_kehittamisohjelma.pdf](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittamisohjelma.pdf) [4.10.2011]
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H. & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *J. Affect. Disord.* 65, 9–17.
- Pajulo, M. (2010). Kannattaako päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoito? *Suomen Lääkärilehti* 65 (13–14), 1205–1211.
- Pajulo, M. (2011). Päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittäminen – erityispiirteet, haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti* 66 (14), 1189–1195.
- Partanen, P., Hakkarainen, P., Holmström, P., Kinnunen, A., Leinikki, P., Partanen, A., Seppälä, T., Välikki, J. & Virtanen, A. (2004). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (3), 278–286.
- Partanen, A., Hakkarainen, P., Hankilanoja, A., Kuussaari, K., Rönkä, S., Salminen, M., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2007). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 553–561.
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) (2010). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>
- Perälä, J. (2011). "Miksi lehmät pitää tappaa" Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä. Tutkimus 56/2011. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Perälä, R. (2010). Sosiaali- ja terveyspalvelujen uusi neuvoteltu järjestys. Esimerkki kuntien ja kristillisten järjestöjen välisestä yhteistyöstä suomalaisissa kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (4), 389–399.
- Perälä, R. (2012). Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa: Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja* 2012:6. Helsingin yliopisto.
- Piispa, M., Helakorpi, S., Laitalainen, E., Uutela, A. & Jallinoja, P. (2008). Huumekontaktit ja huumeabuso. Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 5/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

- [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b05.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b05.pdf) [28.8.2008]
- Piispa, M. (2010). Övereitä, sekoilua ja moniongelmaisuutta. Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007. Sosiologian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto  
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/63576/overeita.pdf?sequence=1> [29.10.2010]
- Pitkänen, T. (2009). Hoito- ja rekisteritietojen käyttö päihdetutkimuksessa. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.): Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 172–194.
- Punainen Risti (2010). Festarityö.  
[http://www.redcross.fi/aktiivit/festarityo/fi\\_FI/](http://www.redcross.fi/aktiivit/festarityo/fi_FI/) [29.10.2010]
- Pärttö, M., Hännikäinen-Uutela, A-L. & Määttä, P. (2009). Huumeiden käyttäjien arki yhteisöllisen huumeuskuntoutuksen jälkeen. Janus 17 (2) 2009, 121–138.
- Päihdelinkki (2010). Päihdelinkin kävijäkyselyt.  
<http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/paihdelinkin-kavijakyselyt> [29.10.2010]
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Alkoholi ja huumeet, SVT/Sosiaaliturva. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598> [19.9.2011]
- Päihdetyö Neuvoa-antavat THL. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/index.htm>
- Pylkkänen, S., Viitanen, R. & Vuohelainen, E. (toim.) (2009). Mitä on nuorisoalan ehkäisevä päihdetyö? Laadukkaan päihdekasvatuksen tukimateriaali. Humanistinen ammattikorkeakoulu sarja C. Oppimateriaaleja.  
[http://www.minedu.fi/opencms/opencms/handle/404?exporturi=/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisotyoen\\_kohteet\\_ja\\_rahoyt/ennaltaehkaeisevae\\_paeihde\\_ja\\_huumeityoe/liitteet/Mitx\\_on\\_nuorisoalan\\_ehkxisevx\\_pxihdetyx.pdf](http://www.minedu.fi/opencms/opencms/handle/404?exporturi=/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisotyoen_kohteet_ja_rahoyt/ennaltaehkaeisevae_paeihde_ja_huumeityoe/liitteet/Mitx_on_nuorisoalan_ehkxisevx_pxihdetyx.pdf) [2.10.2011]
- Raisamo, S., Pere, L., Lindfors, P., Tiirikainen, M. & Rimpelä, A. (2011). Nuorten terveys-tapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2011.  
[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1563268](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1563268) [5.7.2011]
- Raitasalo, K., Huhtanen, P. & Ahlström, S. (2012). Nuorten päihteiden käyttö sekä käsitykset niihin liittyvistä riskeistä ja saatavuudesta. Suomen ESPAD -aineiston tuloksia 1995–2011. Yhteiskuntapolitiikka 77(1), 72–80.
- Reuter, P. (2006). What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures. Addiction 101 (3), 315–322.
- Rikosseuraamusvirasto (2010a). Rikosseuraamusalan vuosikertomus 2010.  
<http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/hdieo2.pdf> [20.7.2010]
- Rikosseuraamusvirasto (2010b). Rikosseuraamusasiakkaat 1.5.2010.  
[http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/6n0kp53mij\\_2.pdf](http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/6n0kp53mij_2.pdf) [20.7.2010]
- Rimpelä, M. ym. (2008). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2. OPH, Helsinki 2008.  
[http://www.oph.fi/download/46621\\_hyvinvoinnin\\_ja\\_terveyden\\_edistaminen\\_peruskouluissa2.pdf](http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf) [6.8.2011]
- Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. (2009a). Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rimpelä, M., Jarvala, T., Kalkkinen, P., Peltonen, H. & Rigoff, A-M. (toim.) (2009b). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lukioissa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Romppanen, P. (2005). Katsaus kuntien päihdestrategioihin. Raportti 5/2005. Helsinki: Stakes.
- Ruuth, P. & Väänänen, T. (2009). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 14/2009. Helsinki.  
[Http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr14\\_09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr14_09.pdf) [1.10.2009]

- Saarnio, P. (2009). Suomalaisen päihdetyöntekijän muotokuva. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (6) 2009, 632–643.
- Saarnio, P. (2010a). Personality Traits and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapists with and without Personal Recovery Status. *Alcoholism Treatment Quarterly* 28: 451–463, 2010.
- Saarnio, P. (2010b). Big Five Personality Traits and Interpersonal Functioning in Female and Male Substance Abuse Therapists. *Substance Use & Misuse* 45, 1463–1473.
- Saarnio, P. (2011). The Relationship Between General Therapeutic Orientation, Big Five Personality Traits, and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapist: An Explorative Study. *Addictive Disorders & Their Treatment* 10(1), 2011.
- Salaspuro, M. (2009). Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitonoheus. *Aikakauskirja Duodecim* 125 (2009): 8, 897–904.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. & Hakkarainen, P. (2009). Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista. Raportti 43/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Salomaa, J. (1996). Huumausaineiden aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 1994. *Aiheita* 35/1996. Helsinki: Stakes.
- Sarkola, T., Kahila, H., Gissler, M. & Halmesmäki, E. (2007) Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica*, 96, 1571–1576.
- Selin, J. (2010a). Lääketiede, huumeriippuvuus ja huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1965–2005. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2010: 4, 250–265.
- Selin, J. (2010b). Kansalaisuuden tuottaminen yhteisöissä huumehoidoissa. Teoksessa Kaisto, J. & Pyykkönen, M. (toim.): *Hallintavalta*. Helsinki: Gaudeamus.
- Selin, J. (2011a). Huumeriippuvuuden hoito ja lääketieteen haaste. *Terapeuttinen järkeily ja hallinta psykososiaalisessa huumehoidossa 1965–2005*. *Sociologia* 2/2011, 117–133.
- Selin, J. (2011b). Implementation of substitution treatment in Finland: Beyond rationalization and Medicalisation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28 (1), 29–42, 2011.
- Selin, J. (2011c). Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965–2005. *Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä studies in education, psychology and social research*.
- Sihvola, E., Rose, R., Dick, D., Pulkkinen, L., Marttunen, M. & Kaprio, J. (2008). Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish Twins. *Addiction* 103 (12), 2045–2053.
- Sinko, P. & Vironkannas, E. (2009). Rajallisia äitiysidentiteettejä – Huumeita käyttäneiden naisten kertomuksia lastensa huostaanotoista. *Janus* 17 (2), 104–120.
- Skar, H., Axelsson, M., Berggren I., Thalme, A., Gyllenstein K., Liitsola K., Brummer-Korvenkontio, H., Kivelä P., Spånberg E., Leitner, T. & Albert, J. (2011). Dynamics of Two separate but Linked HIV-1 CRF01\_AE Outbreaks among Injection Drug Users in Stockholm, Sweden, and Helsinki, Finland. *Journal of Virology*, Jan. 2011, pp. 510–518.
- SM (Sisäasiainministeriö) (2007). Huumausaine- ja järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan teostamista käsitelleen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. Poliisin ylijohdon julkaisusarja 6/2007. Helsinki: SM.  
[http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/7508EC0C996CF4E2C225729C0034AB62/\\$file/6-2007.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/7508EC0C996CF4E2C225729C0034AB62/$file/6-2007.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2009). Sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpano. Väli-raportti 1/2009. Sisäasiainministeriön julkaisuja 15/2009.  
<http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/>

- home.nsf/files/152009/\$file/152009.pdf  
[7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2010). Sisäisen turvallisuuden toimeenpano. Väliraportti 1/2010. Sisäasiainministeriön julkaisuja 5/2010. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/12010%20väliraportti%20final/\\$file/12010%20väliraportti%20final.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/12010%20väliraportti%20final/$file/12010%20väliraportti%20final.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2011a). Sisäisen turvallisuuden toimeenpano. Väliraportti 1/2011. Sisäasiainministeriön julkaisuja 10/2011. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/3EB0FABF679072EAC225785A004AD789/\\$file/102011.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/3EB0FABF679072EAC225785A004AD789/$file/102011.pdf) [23.3.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2011b). Päihtyneiden kiinnittämistä, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti. <http://www.intermin.fi/julkaisu/052011>
- SM (Sisäasiainministeriö) (2012). Turvallisempi huominen - Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012-2015 <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi> [3.10.2012]
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2010 (2010). SVT/Sosiaaliturva. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-4dd072dbfe3a> [19.9.2011]
- Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) (2006). Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp3-2006-verkko.pdf> [4.9.2011]
- Stenius, K. & Johansson, L. (toim.) (2009). Social medborgarskap och lokal missbrukarvård: en studie av missbrukarvården i Lahtis, Kotka, Tavastehus, Norrköping, Västerås or växjö från 1930-talet till 2000-talet. Stockholm: Stockholms universitetet.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2002). Päihdepalvelujen laatusuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: STM. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf) [4.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2006). Huumetestaus työelämässä. STM:n julkaisuja 2006:2. <http://pre20090115.stm.fi/is1144401025525/passthru.pdf> [1.3.2006]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. STM:n julkaisuja 2008:6. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali\\_ ja\\_terveydenhuollon\\_kansallinen\\_kehittämisohjelma\\_KASTE\\_2008\\_2011.fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittämisohjelma_KASTE_2008_2011.fi.pdf) [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008b). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. STM:n julkaisuja 2008:16. [http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/\\_julkaisu/1063837](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063837) [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008c). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opoidi-riippuvaisten vieroitus-, korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. Muistio 11.1.2008 (julkaisematon).
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009a). Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1389884#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi) [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009b). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf) [3.7.2009]



- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009c). Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpano-suunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9.  
[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1389884#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi) [6.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009d). Huumausainepoliitiikan kertomus vuodelta 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:21.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10083.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10083.pdf) [1.10.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009e). Opioidiriippuvaisten korvaushoitotilanne Suomessa. Lääninhallitusten selvitysten yhteen-veto, 20.2.2009.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009f). Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen –työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.pdf) [3.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). (2010a). Valtioneuvoston periaatepäätös Suomen toimintalinja kansainvälisessä huumausaine-torjunnassa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010: 13.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-13706.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-13706.pdf) [7.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010b). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sosiaali- ja terveys-ministeriön selvityksiä 8/2010.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11488.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11488.pdf) [1.10.2010]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010c). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Toinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 27/2010.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-14403.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-14403.pdf) [20.9.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010d). Lastensuojelu.  
[http://www.stm.fi/lapset/palvelut\\_perheille/lastensuojelu](http://www.stm.fi/lapset/palvelut_perheille/lastensuojelu) [14.4.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2011a). Huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän hallituskauden 2007–2011 loppuraportti. STM:n raportteja ja muistioita 2011:6.  
[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1559654](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1559654) [26.4.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2011b). Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tuki-palvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. STM:n selvityksiä 2011:14.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2872962&name=DLFE-15134.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15134.pdf) [10.3.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012a). Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpide-ohjelmasta huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012–2015. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1819509#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1819509#fi) [3.10.2012]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012b). Syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä poikkihallinnollinen toimenpide-ohjelma  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-20715.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-20715.pdf) [3.10.2012]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012c). Sosiaali- ja terveydenhuolto kansallinen kehittämisohjelma 2012-2015.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?)

- olderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf  
[3.10.2012]
- Strand, T. (2011). Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011. Missä mennään, minne haluamme? Raportti 37/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tacke, U., Seppä, K. & Winstock, A. (2011). Kannabiksen käyttäjä perusterveydenhuollossa. Duodecim 127 (2011), 674–681.
- Tammi, T. (2007). Medicalising prohibition: Harm reduction in Finnish and international drug policy. Research Report 161. Helsinki: Stakes.
- Tammi, T., Pitkänen, T. & Perälä, J. (2011). Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihheet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. Yhteiskuntapolitiikka 76 (1), 45–54.
- Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A. & Kotovirta, E. (2011). Huumetilanne Suomessa 2011. Raportti 62/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2011a). Valtakunnalliset päihde- ja mielenterveyspäivät. <http://www.tekry.fi/web/index.php?page=toiminta-paihde-paihdepaivat> [21.8.2011]
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2011b). Terveyden edistämisen keskuksen Ehkäisevän päihdetyön materiaalit -portaali. <http://ep-materiaalit.dav.fi/?i=400&p=1&l=35&s=1&v=400> [21.8.2011]
- THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) (2009a). Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas 5/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tilastokeskus (2008). EMCDDA Standard table 6 (2008).
- Tilastokeskus (2009). Eräiden rikosten vankilarangaistukset käräjäoikeuksissa 2006–2008. [http://www.stat.fi/til/syytr/2008/syytr\\_2008\\_2009-12-09\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/syytr/2008/syytr_2008_2009-12-09_tau_001_fi.html) [24.6.2010]
- Tilastokeskus (2012). Laskettu Tilastokeskuksen StatFin- tai ALTIKA-tietokantojen luvuista.
- Tourunen, J. & Pitkänen, T. (2010). Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi, 148–168.
- Tulli (2011). Tullirikostorjunnan vuosikirja 2010. [http://www.tulli.fi/fi/suomen\\_tulli/julkaisut\\_ja\\_esitteet/vuosikertomukset/Rikostorjunta\\_vuosik\\_10.pdf](http://www.tulli.fi/fi/suomen_tulli/julkaisut_ja_esitteet/vuosikertomukset/Rikostorjunta_vuosik_10.pdf) [19.9.2011]
- Tulli (2012). Julkaisemattomat tilannekatsaukset.
- Törmä S. (2009). Matala kynnyks – pelkkä retorinen lupaus. Janus 17 (2) 2009, 164–169.
- Valtioneuvosto (2007a). Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011. <http://www.vn.fi/toiminta/periaatepaatokset/periaatepaatos/fi.jsp?oid=210089> [5.10.2011]
- Valtioneuvosto (2007b). Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 5.12.2007. <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf> [10.9.2008]
- Valtioneuvosto (2007c). Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 5.12.2007.
- Valtioneuvosto (2008). Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 8.5.2007. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/STO%20080508/\\$file/STO%20080508.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/STO%20080508/$file/STO%20080508.pdf) [10.9.2008]
- Valtioneuvosto (2011a). Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf> [22.6.2011]
- Valtioneuvosto (2011b). Politiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007–2011 toteutuminen. VNK:n julkaisusarja 6/2011. <http://www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=325040> [29.3.2011]

- Valtion nuorisoasiain neuvottelukunta (2011). Raportti lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman 2007–2011 toteutumisesta. Nuorisoasiain neuvottelukunnan julkaisuja 44, Helsinki [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemishjelma/liitteet/lanuke\\_2007-2011\\_arviointiraportti.pdf](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemishjelma/liitteet/lanuke_2007-2011_arviointiraportti.pdf) [20.9.2011]
- Valtiovarainministeriö (2008). Peruspalveluiden tila -raportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 14/2008. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Villikka, H. (2004). Selvitys huumeiden käyttäjien hoitoon suunnatun vuoden 2002 valtionavustuksen käytöstä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Virokannas, E. (2011). Identity categorization of motherhood in the context of drug abuse and child welfare services. *Qualitative Social Work*.
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2002). Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikoksesta. Ohje 2002:3. <http://www.vksv.oikeus.fi/15368.htm> [3.8.2006]
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2006). Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikoksesta. Ohje 2006:1. <http://www.vksv.oikeus.fi/Etusivu/VKSnmaarayksetjaohjeet/Huumausainerikokset/VKS20061Seuraamuksenmaaraaminenhuumausaineenkaytorikoksesta> [15.4.2007]
- VKSV (Valtakunnansyyttäjänvirasto) (2010). Julkaisematon tiedonanto 29.6.2010.
- Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H. (2009). Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suomen Lääkärilehti* 64 (20), 1853–1857.
- Vuori, E., Ojanperä, E., Launiainen, T., Nokua, J., & Ojansivu, R-L. (2006). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2002–2004. *Suomen Lääkärilehti* 61 (21–22), 2339–2344.
- Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. (2009). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. *Suomen Lääkärilehti* 64 (39), 3187–3195.
- Vuori, E., Ojanperä, E., Launiainen, T., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. (2012). Myrkytyskuolemien määrä kääntynyt laskuun. *Suomen Lääkärilehti* 67 (22), 1735–1741.
- Väyrynen, P., Saaristo, V., Wiss, K. & Rigoff, A-M. (toim.) (2009). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Väänänen, T. (2010). Huumehoidon tietojärjestelmän kattavuuden arviointi vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Väänänen, T. (2011). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 24/2011. Helsinki. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr24\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr24_11.pdf) [7.10.2011]
- Wahlbeck, K. (2010). Moving towards integrated addiction treatment systems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (2010), 699–701.
- Weckroth, A. (2006). Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja* 47. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.
- YAD (Youth Against Drugs) (2011). Ks. toiminnasta <http://www.yad.fi/toiminta/>

# 15 Taulukot ja kuvat

Taulukko 1. Huumehaittakustannukset pää- ja alaryhmittäin 2010, miljoonaa euroa .....	32
Taulukko 2. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2006–2010 (käyvin hinnoin), miljoonaa euroa .....	35
Taulukko 3. Kannabista kokeilleiden elinikäis- ja vuosiprevalenssit ikäryhmittäin 1992–2010, %.....	38
Taulukko 4. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998–2005.....	57
Taulukko 5. Hepatiitti C lääkärien ilmoitusten mukaan tartuntatavoittain, 2001–2011 .....	85
Taulukko 6. Huumesairauksien hoitojaksot sairaaloissa.....	89
Taulukko 7. Huumesairauksien hoitojaksot vuonna 2011 aineittain (päädiagnoosit).....	90
Taulukko 8. Huume- ja lääkeainemyrkytysten hoitojaksot sairaaloissa .....	92
Taulukko 9. Oikeuskemiallisissa kuolinsyytutkimuksissa todetut huumausainelöydökset vv. 2006–2010. ....	96
Taulukko 10. Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2001–2011. ....	103
Taulukko 11. Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2004 ja 2007–2008 sekä poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2009–2011 ...	113
Taulukko 12. Puhuttelut ja hoitoonohjaus syyttäjänvirastoissa 2010–2011 .....	120
Taulukko 13. Vankiloista löydetty huumausaineet vuosina 2008–2010.....	123
Taulukko 14. Poliisin ja tullin vuosina 2004–2011 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausaine-erät (kg) .....	135
Taulukko 15. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 2002–2011 .....	136
Kuvio 1. Julkisten huume-ehtoisten haittakustannusten rakenne 2010.....	33
Kuvio 2. Tuntee vähintään yhden henkilön, joka on kokeillut huumeita vuoden aikana, % .....	41
Kuvio 3. Kouluterveyskysely: Kokeillut ainakin kerran laittomia huumeita, % .....	43
Kuvio 4. 14–18-vuotiaiden sosiaalinen altistuminen huumeille (% , ikä ja sukupuoli vakioituna) ..	44
Kuvio 5. Hoitovuorokausia sairaaloissa 2000–2010 jaoteltuna päädiagnoosin huumausaineen mukaan .....	59
Kuvio 6. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2011, % .....	61
Kuvio 7. Hoitoon hakeutumiseen johtaneet ongelmapäihteet (1.–3. ongelmallisimmat) vuosina 2005–2011, prosentteja asiakkaista (n= 2 527) .....	77
Kuvio 8. Päihdetapaukset sosiaali- ja terveydenhuollossa 1999–2007.....	80
Kuvio 9. Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa 1996–2010 .....	81
Kuvio 10. Huumeasiakkaiden määrän kehitys 2004–2011. ....	87
Kuvio 11. Hoitovuorokausien jakaantuminen vuonna 2011 aineittain .....	91
Kuvio 12. Huumausainekuolemat ainelöydösten, kuolinsyytilastojen ja huumemyrkytysten perusteella 2000–2010 .....	94